

324

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N°

324

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 21 Juillet 1891 à 1 heure.

PAR **Alphonse RETROUVEY**

Né à BESANÇON le 20 juin 1865

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE BESANÇON
LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON

CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE DE L'HÉMIPLÉGIE SPASMODIQUE INFANTILE

Président : M. le professeur DEBOVE.

Juges { MM. DIEULAFOY, *professeur.*
BALLET, } *agrégés.*
GILBERT, }

PARIS

AUX BUREAUX DU PROGRÈS
MÉDICAL
14, rue des Carmes, 14

LECROSNIER ET BABÉ
ÉDITEURS
Place de l'École-de Médecine

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	A. GAUTIER
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie.	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils.	TILLAUX.
Pharmacologie.	REGNAULD
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . .	LABOULBÈNE
Pathologie expérimentale et comparée.	STRAUS.
Clinique médicale.	{ G. SÉE
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. .	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux. . .	CHARCOT.
Clinique chirurgicale.	{ VERNEUIL.
	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
Clinique ophtalmologique.	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires . . .	{ GUYON.
	{ PANAS.
Cliniques d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

*Professeurs honoraires : MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT
ET RICHET*

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	REYNIER.
BAR.	GILBERT.	NÉLATON.	RIBEMONT-DESSAIGNE.
BLANCHARD.	GLEY.	NETTER.	RICARD.
BRISAUD.	HANOT.	POIRIER, chef des tra-	ROBIN(Albert):
BRUN.	HUTINEL.	vaux anatomiques.	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	POUCHET.	SEGOND.
CHANTEMESSE.	KIRMISSON.	QUENU.	TUFFIER.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MARIE.	REITTERER.	WEISS.

Le Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOURNEVILLE MON MAITRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A MES PARENTS, A MES AMIS

HISTORIQUE

Dans une des salles du Musée du Louvre, on peut voir un tableau du célèbre peintre Ribeira représentant un pied-bot, qui, dit M. Charcot, est le modèle typique d'un homme atteint d'hémiplégie spasmodique infantile. Ce tableau est du xvii^e siècle : cependant aucun écrit jusqu'à notre époque ne met en lumière le type particulier que l'hémiplégie affecte chez les enfants.

Ce n'est qu'en 1827 que Cazauwielh alors interne à la Salpêtrière écrivit un mémoire sur « l'agénésie cérébrale et la paralysie congéniale », où l'hémiplégie, les arrêts de développements d'une moitié du corps, les mouvements choréïques, y sont donnés comme syndrome clinique d'une atrophie cérébrale ; mais cette atrophie n'est pour lui qu'un simple arrêt dans le développement nutritif du cerveau. Vers le même temps Dugès regarde cette atrophie comme consécutive à une encéphalite.

Cruveilhier fit entrer l'étude de cette affection dans une phase toute nouvelle : tout en décrivant chacune des lésions qu'on y observe, il les compare dans son *Atlas* à celles que l'hémiplégie présente ordinairement chez les adultes : il n'établit ainsi pas moins de sept formes d'atrophies cérébrales. Il appartenait à Cottard de reprendre ces questions et de les

juger définitivement. La description anatomo-pathologique qu'il nous donne peut être considérée comme complète et l'on n'a trouvé depuis à ajouter à son étude que les cas décrits par M. Bourneville où la méningo-encéphalite a produit occasionnellement l'hémiplégie spasmodique infantile.

Quant à la symptomatologie de la maladie, l'école de la Salpêtrière l'élucidait de jour en jour: Raymond décrivait l'hémi-chorée, Oulmont l'athétose, mais c'est à M. Bourneville, d'abord dans l'*Iconographie de la Salpêtrière* et dans diverses communications à la *Société anatomique* et à la *Société de biologie*, puis dans la thèse d'un de ses élèves, faites avec ses observations et sous sa direction que l'on doit la première description complète de l'hémiplégie spasmodique infantile avec ses complications et sa marche.

Plus récemment M. P. Marie dans son bel article du *Dictionnaire Dechambre* a repris tout ce qui avait été écrit sur la question, il éclaire ensuite l'étiologie de la maladie et cherche à en élucider la pathogénie; mais ces deux points demandent pour être définitivement mis en lumière une série d'observations et de faits que les progrès trop récents en cette matière n'ont pas permis d'amasser. C'est dans le désir d'apporter quelque chose aux matériaux déjà réunis que nous entreprenons ce travail.

Nous n'entreprenons pas de décrire les lésions observées dans l'hémiplégie spasmodique infantile. La rareté des autopsies de ce genre de malades ne nous permet pas de donner des détails sur l'anatomie pathologique de cette affection; du reste la thèse de Cottard ne laisse jusqu'à présent rien à dire de nouveau sur ce sujet. Nous renvoyons aussi aux travaux de M. Bourneville pour l'étude de la méningo-encéphalite qui, nous en avons parlé au chapitre historique, peut occasionner l'hémiplégie.

L'unité de cette thèse n'est point, croyons-nous, détruite par cette omission volontaire, puisque notre intention est de contribuer simplement à l'étude de l'hémiplégie des enfants, au

moyen des faits que nous avons observés, guidé dans nos recherches par M. Bourneville, qui a mis à notre disposition ses observations personnelles, qui nous a prodigué ses conseils aussi bienveillants qu'éclairés, et à qui nous adressons ici nos sincères remerciements.

ÉTIOLOGIE

L'*hérédité*, dans l'affection qui nous occupe, joue un rôle manifeste.

Comme le montre le tableau joint à cette étude, presque tous nos malades présentent dans leurs antécédents héréditaires des affections nerveuses de toutes sortes; ils ont hérité d'un nervosisme, d'une prédisposition particulière aux convulsions et partant à contracter l'hémiplégie.

La fréquence de l'*alcoolisme* que nous constatons aussi chez leurs ascendants nous semble intervenir ici comme un renforcement de cette prédisposition nerveuse. Quant à la *tuberculose* que nous observons quelquefois, peut-être son influence débilante sur l'organisme a-t-elle pour effet d'ajouter quelque chose dans certains cas au nervosisme qui retentira plus tard sur la santé des enfants. La *syphilis* bien que recherchée avec soin n'a été trouvée qu'une seule fois chez les parents de nos malades et parmi ceux-ci nous n'avons rencontré aucune manifestation d'hérédo-syphilis. La consanguinité dans le mariage dont nous n'avons d'ailleurs observé qu'un cas, nous paraît à cause des antécédents nerveux devoir entrer dans la classe des causes prédisposantes.

Le tableau que nous avons établi d'après les observations mises à notre disposition par M. Bourneville nous donne comme cause directe à invoquer dans la production de l'hémiplégie :

1° Traumatisme	{ intra-utérin
	{ après la naissance.

2° Affections émotives de la mère ou de l'enfant.

3° Asphyxie à la naissance.

4° Maladies infectieuses.

5° Cas d'origine inconnue.

Les traumatismes intra-intérin et après la naissance, l'asphyxie à la naissance ont pour effet d'occasionner une hémiplégie congénitale, cas rare, ou bien une hémiplégie qui apparaîtra plusieurs mois après la naissance. Dans les cas congénitaux, le traumatisme et l'asphyxie par suite des accidents cérébraux qu'elles peuvent produire sont des causes indéniables de la paralysie; dans les autres cas, nous sommes obligés d'admettre que ces mêmes causes n'ont produit qu'un ébranlement, qu'un trouble particulier dans la circulation du cerveau, qui aura pour conséquence, à une époque plus éloignée, de produire des modifications anatomiques dont l'hémiplégie sera le résultat.

L'influence des affections émotives est plus contestable: cependant nous trouvons dans la thèse de M. Wuillamier, un cas (Bordel...) où les convulsions ont pris l'enfant immédiatement à la suite d'une frayeur causée par l'explosion d'un pétard. En ce qui concerne les peurs et les émotions de la mère pendant la grossesse, outre que les cas où leur influence pourrait être invoquée sont rares, l'ignorance où nous sommes de leur façon d'agir, ne nous permet pas d'y ajouter une grande importance.

Les maladies infectieuses sont des causes assez fréquentes d'hémiplégie spasmodique par suite des troubles circulatoires qu'elles peuvent produire: nous ne saurions cependant admettre de leur part une action à longue échéance et pouvant occasionner des désordres plusieurs mois et plusieurs années après leur guérison.

Dans un article du *Progrès médical* consacré à l'étiologie de la maladie qui nous occupe, M. P. Marie a émis l'opinion que chez les enfants beaucoup de cas de maladies infectieuses pouvaient passer inaperçus et a admis que souvent l'hémiplégie serait due à l'influence de ces formes frustres. Peut-être avons-

nous à ajouter aux cas d'hémiplégie immédiatement consécutive à une maladie infectieuse, ceux des enfants dont les observations ne nous donnent aucune espèce de cause et où l'origine de l'affection nous échappe? Peut-être nous trouvons-nous là en présence de paralysies dues à ces formes frustres? Toutefois, à cause de l'intensité ordinaire avec laquelle évoluent chez les enfants les affections d'origine infectieuse, nous pouvons prétendre que de tels faits doivent être exceptionnels.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous avons à étudier pour décrire l'hémiplégie spasmodique infantile trois symptômes principaux dont l'énoncé seul dépeint toutes les phases de la maladie. Ce sont: 1° les *convulsions primitives*; 2° la *paralyse*; 3° l'*épilepsie*.

1° *Convulsions primitives*. — C'est par des convulsions que débute l'hémiplégie, presque toujours sans qu'on ait pu apercevoir aucun autre indice précurseur qu'une apparition tardive de la première dentition, un retard dans la marche; et encore ces indices sont-ils loin de se réaliser toujours, les cas ne manquant pas où les convulsions prennent l'enfant dans une apparence de santé florissante au milieu de ses jeux et de ses ébats. Il tombe s'il marche déjà, se raidit, se convulse, sa petite figure pâlit, puis devient violette: on croit qu'il va mourir et en effet quelques-uns ne supportent pas cet accès.

C'est dans les trois premières années que les convulsions surviennent le plus souvent. Sur cinquante cas fournis par notre tableau, nous trouvons 22 fois les convulsions avant le commencement de la deuxième année, 20 fois avant trois ans, 6 fois de trois à cinq ans, et 2 fois seulement après la cinquième année.

La durée des convulsions primitives est fort variable: tantôt de quelques instants seulement, une demi-heure, elles peuvent se prolonger pendant une journée ou une nuit, constituant alors un état de mal véritable qui s'accompagne d'une élévation de la température. Cet accès ou cet état de mal sou-

vent unique peut se renouveler ultérieurement. Nous verrons plus loin comment dans ce cas s'établit la paralysie.

Il est rarement donné à des yeux exercés d'assister à ces crises convulsives: les parents seuls y sont présents habituellement et l'état d'effarement dans lequel ce spectacle les jette, les empêche de remarquer si le corps du petit malade est convulsé en totalité ou seulement en partie. Des cas observés il résulte que les convulsions sont presque toujours partielles, et que, si elles sont générales, elles ont commencé par un côté et y prédominent pendant l'accès. On observe alors une raideur et une torsion des membres, ou bien des secousses toniques ou cloniques. Il arrive qu'un bras seul, la tête seule est agitée de mouvements convulsifs. Citons un fait où l'enfant a eu des soubresauts du corps, la tête et les membres demeurant immobiles. On peut même, mais rarement, n'observer que des convulsions internes; l'*Iconographie de la Salpêtrière* nous en offre un cas et le tableau des malades actuellement à l'hospice de Bicêtre nous présente un fait semblable: « les yeux tournaient », disent les parents interrogés.

Ce symptôme du début de l'hémiplégie spasmodique peut-il manquer? Nous devons ici mentionner le cas de Baro... dont les parents affirment avoir vu leur enfant devenir progressivement hémiplégique sans jamais avoir eu de convulsions. Peut-être y a-t-il là un défaut d'attention de l'entourage de ce malade: relatons néanmoins un autre cas, celui de Dufa... où l'enfant, sans présenter ni raideur ni mouvements convulsifs d'aucune espèce, a poussé des cris d'une façon inaccoutumée pendant une nuit entière: le lendemain on s'est aperçu qu'il était paralysé d'un côté.

Nous avons cherché à connaître si les accès de convulsions survenaient plutôt la nuit que le jour; dans certains cas les renseignements font défaut et dans les autres où le détail et la description des crises nous sont fournis, les faits de part et d'autre sont en telle proportion qu'il n'est pas possible de conclure.

2° *Paralysie*. — C'est immédiatement après les convulsions

primitives, que commence la période de paralysie. Celle-ci a différentes façons de s'établir : 1° le plus souvent elle apparaît d'emblée et complètement à la suite de l'état de mal initial et les crises ultérieures sont sans effet sur elle ; 2° elle se produit par à-coups augmentant à chaque accès ; 3° quelquefois peu apparente ou nulle après l'état de mal primitif, elle s'établit progressivement et lentement, mettant à se constituer de quelques semaines à plusieurs mois ; 4° elle peut même être congénitale. Ce dernier cas est rare ; les auteurs en ont cité des exemples et nous publions l'observation d'un enfant (Ferge....) dont les parents disent qu'il n'a jamais, même avant ses convulsions, remué ni le bras ni la jambe gauches. Dans le tableau joint à ce travail se trouvent le cas d'une femme, dont l'observation est rapportée dans l'*Iconographie de la Salpêtrière*, et celui d'une petite fille du service de M. Bourneville, qui sont encore deux exemples de faits semblables.

La paralysie, sous forme d'hémiplégie, ou bien est complète ou ne consiste qu'en une parésie plus ou moins accentuée. Mais on voit toujours dans l'un et l'autre cas les phénomènes paralytiques s'amender dans les premières semaines ou les premiers mois qui suivent la période convulsive. Dans la thèse de M. Wuillamier nous trouvons un cas où il faut une attention de médecin pour diagnostiquer l'hémiplégie ; le malade (Cab.) est encore à l'hospice de Bicêtre ; il est fort, a tous les mouvements presque libres et bien qu'une fois averti, on aperçoive vite dans ses manières la démarche particulière aux hémiplégiques, on voit chaque jour bien des gens sans aucune espèce de paralysie n'avoir pas une allure aussi vive. Malheureusement des cas semblables sont rares et la parésie qui subsiste chez les hémiplégiques constitue ordinairement une irrémédiable infirmité.

Chez les enfants au berceau, la paralysie est assez difficile à constater, et les parents ne s'en aperçoivent pas tout d'abord : c'est le médecin qui devra leur faire remarquer si l'enfant saisit toujours les objets de la même main et si dans son petit

lit il ne remue qu'une seule jambe laissant l'autre immobile. La fréquence des convulsions dans le jeune âge et le peu d'importance que certains parents y ajoutent, font que ce n'est qu'à l'époque où les enfants apprennent à marcher que la parésie est remarquée. A un âge plus avancé l'hémiplégie s'établit d'une façon trop ostensible soit subitement, soit progressivement, pour être méconnue.

Dans les cas cités au tableau annexé à cette étude, nous trouvons 29 fois la paralysie à droite et 24 fois à gauche. En général les auteurs s'accordent à dire que le membre supérieur est atteint avec une intensité plus grande que le membre inférieur : nous ne discutons pas la réalité du fait mais nous jugeons à propos de faire remarquer que, s'il y a une nuance aussi marquée, cela tient à ce que, dans le membre supérieur, ce sont les fléchisseurs qui sont atteints tandis que dans l'inférieur ce sont les extenseurs : la contracture survenant, le malade, malgré la déformation de son pied qui reste en extension forcée, peut marcher d'une façon passable ; mais, comme il ne peut étendre la main ou le bras tétanisés par la contracture des fléchisseurs, la préhension devient presque impossible.

Les muscles des membres ne sont pas seuls atteints : on assiste souvent à de la parésie des muscles de la face ou de la langue. Mais plus encore que pour les membres, ces autres paralysies s'amendent à la longue et les malades qui avaient perdu un moment l'usage de la parole ne tardent pas à la recouvrer sinon d'une façon complète, du moins satisfaisante : on n'observe plus alors, en même temps qu'une certaine lenteur dans l'énonciation des syllabes, une certaine altération dans la prononciation de quelques consonnes. La paralysie des muscles moteurs de l'œil est beaucoup plus rare encore que celles des autres muscles de la face, nous ne citons dans notre tableau qu'un seul cas de strabisme.

La paralysie est d'abord en tous points semblable à celle qui est consécutive à une hémorragie cérébrale chez les adultes, mais surviennent bientôt de nouveaux symptômes, les *contractures*, l'*hémichorée* avec *athétose*, qui vont changer

l'aspect de l'affection et la modifier de façon à créer trois types différents d'hémiplégie : 1° *hémiplégie avec contractures*, 2° *hémiplégie avec athétose*, 3° *hémiplégie avec raideur musculaire et mouvements athétosiques*.

Hémiplégie avec contractures. — L'époque où surviennent les contractures est difficile à déterminer d'une manière exacte : en général on évalue à 3, 6 ou 8 mois l'intervalle de temps qui s'écoule depuis l'établissement de la paralysie au moment où elles apparaissent. Elles constituent un symptôme dont le pronostic est très grave. Ce sont à elles, en effet, que les malades doivent leur attitude caractéristique : le bras tantôt accolé au tronc, tantôt légèrement écarté ; l'avant-bras fléchi sur le bras à angle droit, tantôt appuyé sur la poitrine, tantôt dirigé horizontalement en avant, toujours en pronation ; la main pendante et fléchie. On remarque au poignet les tendons faisant saillie sous la peau ; les doigts sont tantôt étendus serrés les uns contre les autres, le pouce en opposition forcée, tantôt recourbés en crochet dans le creux de la main. Le membre inférieur prend une attitude tout aussi frappante : le genou légèrement écarté du genou opposé est quelquefois légèrement fléchi ; le pied est en extension forcée et affecte l'attitude d'un pied équin. Le malade marche alors sur les orteils qui sont en extension forcée ; plus rarement le pied prend l'attitude du varus-équin.

De ces déformations naît une démarche particulière qui fait reconnaître un hémiplégique à distance : il marche en fauchant ; le pied paralysé frappe bruyamment le sol à chaque pas en même temps que le bras et la main placés dans l'attitude indiquée plus haut subissent une série de petites oscillations à chaque mouvement du corps. Cette contracture musculaire est facile à apprécier par le toucher ; l'inspection montre les tendons et les masses musculaires en saillie sous la peau.

Dans cette forme, les mouvements volontaires sont très difficiles à effectuer : on voit les malades déployer une énergie considérable pour parvenir à saisir d'une façon maladroitement

et peu puissante des objets d'un poids minime. Il semble qu'une force s'oppose au développement de toute action musculaire.

Les mouvements volontaires effectués dans le membre inférieur se passent presque tous dans l'articulation coxo-fémorale, le genou et le pied restant la plupart du temps fixes : la marche en fauchant s'exagère par exemple pour la montée ou la descente d'un escalier. Cependant beaucoup de malades jouissent d'une intégrité relative des mouvements d'un membre inférieur.

Les mouvements provoqués s'effectuent mal et il faut quelquefois renoncer à vouloir, par exemple, étendre la main sur l'avant-bras. Les contractures ont produit en outre des déformations des articulations sur lesquelles nous reviendrons plus tard et qui sont un obstacle de plus aux mouvements volontaires et provoqués.

Dans la forme avec contracture, il n'y a pas d'athétose, ni aucune espèce de mouvements choréiques, la contractilité musculaire est conservée et si l'on examine les réflexes tendineux on les trouvera souvent exagérés du côté paralysé; on pourra quelquefois même obtenir la trépidation spinale.

Hémiplégie avec athétose. — Dans cette deuxième forme il est question de l'athétose décrite par M. Oulmont, de l'athétose vraie et non des mouvements athétosiques et choréiques dont nous parlerons et qu'on trouve seulement dans le troisième type d'hémiplégie. Ici pas de contracture, moins d'arrêt de développement, souvent considérable dans les deux autres formes; réflexes tendineux normaux presque constamment : les mouvements des articulations sont libres, mais désordonnés : on a quelquefois affaire à de la chorée véritable.

Hémiplégie avec raideur articulaire et mouvements athétosiques. — Nous trouvons chez les malades qui représentent ce type, des symptômes analogues à ceux du premier : ils ont une contracture légère des membres, des déformations articulaires; mais ils offrent aussi des phénomènes particuliers qui les différencient absolument. Chez un des malades dont

nous citons l'observation, les mouvements de préhension, déjà difficiles par le fait de la raideur musculaire, s'accompagnent d'oscillations choréiformes de tout le membre supérieur. Il emploie trop de force pour l'action qu'il veut effectuer : si l'on veut lui faire saisir un objet, sa main frappe à côté du but visé et ce n'est qu'après plusieurs tâtonnements qu'elle y atteint. Ces mouvements sont différents de ceux observés dans l'athétose vraie : ils n'ont lieu qu'à l'occasion de mouvements volontaires. M. Charcot a signalé encore comme particulier à cette forme, les mouvements associés : nous en avons de beaux exemples à citer : un malade saisissant de la main un objet qu'on lui tend effectue en même temps des mouvements de flexion des orteils correspondants ; un autre ne peut fermer la main malade sans fermer aussi la main saine, et si nous tenons forcément cette dernière ouverte, nous le voyons faire de vains efforts pour fléchir les doigts de l'autre côté. Nous avons vu une crispation des orteils dans le pied paralysé survenant au moment où le malade voulait le soulever pour se mettre en marche. Ces mouvements associés nous semblent dus à un fait physiologique que nous retrouvons d'ailleurs chez les personnes atteintes d'aucune espèce de paralysie. Pour soulever un poids très lourd ne voyons-nous pas beaucoup de gens présenter soit des grincements de dents, soit des mouvements involontaires d'un bras, d'une jambe ou de la tête ?

La cause de ce phénomène gît dans la production d'un effort considérable et les hémiplegiques font des efforts à chaque mouvement qu'ils veulent exécuter.

Les mouvements provoqués sont possibles dans cette dernière forme, du moins quand il n'est survenu du côté des articulations et des tendons aucun des accidents si fréquents dans la forme avec contracture. La rigidité musculaire semble céder devant la force qui triomphe d'elle et après avoir étendu ou fléchi tour à tour plusieurs fois de suite par exemple la main sur l'avant-bras, la résistance qu'on éprouve à produire ce mouvement diminue et quelquefois disparaît : la main qui

était auparavant en flexion forcée va rester sans qu'on intervienne en extension pendant quelques secondes et va lentement et progressivement se replacer dans la situation primitive:

Atrophie par arrêt de développement.— La moitié du corps paralysée a subi un arrêt de développement appréciable à la vue dans beaucoup de cas et toujours à la mensuration. Les observations publiées ici attestent des différences notables dans la circonférence et la longueur des membres. Cet arrêt de développement n'est pas une atrophie. Les muscles, nous l'avons dit, ont conservé leur contractilité électrique et s'il est des organes plus petits d'un côté que de l'autre ils ne présentent aucune altération dans leur constitution.

Nous pensons que plus les convulsions primitives seront tôt survenues, la paralysie plus précoce, plus cet arrêt de développement sera marqué. Ferge..., dont la paralysie est congénitale présente une différence dans la circonférence des membres plus considérable qu'Azenberger dont la paralysie est accidentelle à l'âge de quatre ans. Il semble cependant que cette règle est, loin d'être réalisée dans tous les cas: la raison en est qu'à la précocité de la paralysie vient s'adjoindre, dans la production plus qu moins intense de l'arrêt de développement, l'étendue de la lésion cérébrale, facteur dont l'appréciation manque forcément la plupart du temps.

Ce sont les membres surtout qui ont subi le plus grand trouble dans la nutrition; mais la face aussi est souvent déformée: les fentes palpébrales sont inégales, le globe de l'œil quelquefois plus petit du côté atteint; à l'inégalité des pommettes s'ajoute une différence dans l'épaisseur des joues et une asymétrie entre les sillons naso-labiaux et les commissures des lèvres. Les oreilles souvent sont d'inégale grandeur. La langue rarement déviée ne présente habituellement aucune déformation; le palais est à peu près constamment asymétrique; chez un de nos malades (Ferge...), nous avons constaté que le pilier antérieur du voile du palais d'un côté était manifestement moins développé que de l'autre. A l'examen

du tronc, ce qui frappe le plus souvent la vue, c'est un méplat accentué de toute la région pectoro-mammaire, borné en haut par une clavicule plus courte que de l'autre côté; on voit parfois une saillie plus marquée des côtes sous une peau et des muscles amincis. Nous devons à l'obligeance de M. Bourneville d'avoir examiné le squelette d'un hémiplegique dont l'observation se trouve dans le Compte rendu de Bicêtre de 1886. Des mensurations ne sauraient ici avoir aucun intérêt ni aucune exactitude à cause de l'altération que les os ont subie; mais la différence entre les deux moitiés du squelette est très frappante. La voûte crânienne est beaucoup moins épaisse d'un côté que de l'autre et les bosses sont moins accentuées; la base ne présente rien de particulier, les trous y sont de grandeur égale de part et d'autre; les os plats sont moins épais, les os des membres sont moins longs et plus grêles. Voilà les seules différences que nous puissions noter, les autres os étant trop détériorés pour permettre une appréciation.

L'arrêt de développement qu'a subi la moitié du corps paralysée a eu pour conséquence d'entraver plus ou moins certaines fonctions: la peau s'est garnie d'un moins grand nombre de poils du côté atteint et quelquefois, au niveau des articulations ankylosées, elle prend une teinte rose vif, est moins résistante, plus accessible aux violences extérieures et sujette, croyons-nous, aux engelures. Chez plusieurs hémiplegiques nous avons constaté une différence de température sur la peau de la face dorsale des deux mains. Du côté de la sensibilité générale, nous avons trouvé que presque tous nos malades n'éprouvent aucune différence au toucher, au froid et à la chaleur entre les deux parties du corps. Quant à la sensibilité spéciale, il en est de même, à part pour certains cas où l'enfant prétend moins bien voir ou moins bien entendre que de l'autre côté; mais leurs affirmations sont si peu nettes, et l'exploration directe donne si peu de résultat que nous pensons avec les auteurs que le malade, par un phénomène bien compréhensible de généralisation, étend à tous

les organes du côté paralysé la faiblesse qu'il ne ressent en réalité que dans certains d'entre eux.

Ferge... dont l'observation est ici publiée présente une abolition totale du réflexe rotulien dans le membre paralysé : c'est là un fait exceptionnel. Nous avons recherché les réflexes avec soin : ils sont presque toujours conservés. Les réflexes cutanés et pharyngiens n'offrent aucune particularité à signaler. Le réflexe tendineux est exagéré du côté paralysé, quelquefois jusqu'à la trépidation spinale chez les malades atteints de contracture, non modifié dans la forme mixte, et diminué dans la forme avec athétose vraie.

L'immobilité où sont condamnées certaines articulations fait survenir une sorte d'arthrite sèche; nous avons vu plusieurs de nos malades, chez qui l'extension du poignet était douloureuse, et nombre d'entre eux présentent dans les articulations des craquements à chaque mouvement provoqué : une synovite sèche s'observe aussi dans les gaines tendineuses du poignet. L'article finit par se déformer et ces déformations ajoutées à celle qu'ont produites les contractures, finissent par réduire considérablement les mouvements. M. Bourneville, dans la *Revue photographique des hôpitaux*, rapporte l'observation d'une malade chez qui ces symptômes se sont produits avec ceci de particulier, qu'elle présentait un redoublement de ses douleurs articulaires à chaque changement atmosphérique. Nous avons vu un jour, se présenter à la visite, un hémiplégique dont l'articulation du poignet rouge, tendue et douloureuse offrait les caractères d'une arthrite aiguë : l'enfant questionné, nous n'avons trouvé aucune des causes habituelles des arthrites. L'arthrite sèche, dont nous venons de parler, peut donc subir à un moment une poussée aiguë. Cette arthrite s'est guérie en peu de jours par résolution.

ÉPILEPSIE

Les hémiplegiques ne sont pas tous destinés à devenir épileptiques; cependant la majorité d'entre eux, environ trois ou quatre ans après l'établissement de leur paralysie, sont pris d'accès convulsifs d'une forme et d'une espèce particulières dont la description a été donnée pour la première fois d'une façon complète, par M. Bourneville. C'est une épilepsie tantôt partielle, tantôt générale; mais dans ce dernier cas les convulsions commencent et finissent par le côté paralysé, tout en y prédominant pendant l'accès.

Contrairement à ce qui se passe dans l'épilepsie essentielle il est rare de voir les épileptiques hémiplegiques pris d'un accès, tomber de façon à se blesser profondément: c'est qu'ils ont toujours des auras plus ou moins prononcés: tantôt ils avertissent à voix haute leurs parents des sensations qu'ils éprouvent (fourmillement dans un membre, paralysé, angoisse précordiale): « voilà que ça me prend, » s'écrient-ils; tantôt on peut les voir pâlir, s'asseoir ou choisir la place où ils vont s'affaïsser.

Ils ne poussent pas de cri et, au lieu de tomber à la renverse, ils tombent sur le côté paralysé; ils ne présentent en général ni morsure de langue, ni écume, ni bave; les évacuations involontaires sont rares; nous publions une observation où l'enfant terminait chaque accès par une miction involontaire. La perte de connaissance n'est pas toujours complète pendant l'accès; beaucoup n'ont qu'une obnubilation qui n'empêche pas le souvenir de ce qui leur est arrivé: l'accès terminé, ils

se relèvent d'ordinaire aussitôt; s'ils ont du coma il est de courte durée et toujours sans stertor. Questionnés à leur réveil, ils répondent qu'ils viennent d'avoir un accès et qu'ils sont encore étourdis. Azenberg... à la suite d'une série d'accès a demandé à boire puis s'est endormi de fatigué pour ne se réveiller que longtemps après.

Cette description exacte pour les accès du début de la période d'épilepsie, ne l'est plus à une époque plus avancée : à mesure que l'affection progresse, les différences qui séparent l'épilepsie ordinaire de celle des hémiplegiques s'atténuent; dans la plupart des cas on peut reconnaître en l'histoire de ces sortes d'épileptiques, trois phases successives dont la durée est d'ailleurs variable d'un sujet à l'autre mais qui n'en sont pas moins réelles : une première, celle que nous avons décrite où l'épilepsie s'établit, une deuxième, phase critique, où elle se transforme, où l'aura peut disparaître, où les accès plus violents surviennent par série aboutissant quelquefois à un véritable *état de mal* qui ne diffère en rien de l'état de mal de l'épilepsie vulgaire et qui notamment, comme lui, s'accompagne d'une *élévation considérable de la température* : la vie du malade peut être en danger. Dans la troisième phase, les accès diminuent de fréquence de jour en jour si bien que lorsque le sujet a atteint sa vingtième et surtout sa trentième année il n'a plus aucun accès convulsif.

Cette terminaison heureuse est encore un des caractères essentiellement distinctifs de l'épilepsie qui nous occupe; mais il en est d'autres, en outre, sur lesquels il est nécessaire d'insister. Nous n'avons décrit parmi les accidents épileptiques auxquels sont sujets les hémiplegiques que des accès de haut mal; nous devons ajouter des phénomènes de *petit mal*; mais chez eux jamais on n'a constaté d'absence, de folie avant ou après l'accès, et ce n'est qu'exceptionnellement jusqu'ici dans un ou deux cas cités par les auteurs qu'on a vu l'épilepsie de l'hémiplegie aboutir à la démence, ce qui, on le sait, est si fréquent dans l'épilepsie essentielle. Le seul symptôme du petit mal observé chez nos malades c'est le vertige. L'enfant pâlit,

sans présenter de convulsions, s'affaisse, s'assied de peur de tomber ou se raccroche à un meuble ; peu d'instants après tout rentre dans l'ordre ; encore le vertige est-il plus rare ici que dans l'épilepsie vraie ; mais il l'est cependant moins qu'on l'a dit jusqu'ici.

INTELLIGENCE

Avant l'apparition de l'état de mal convulsif qui a été suivi de paralysie, l'intelligence était vive ou normale ; elle a diminué après, dans des proportions variables qui peuvent aller d'une simple *débilité mentale* ou arriération intellectuelle jusqu'à l'*idiotie* la plus complète ainsi que notre maître nous en a montré des exemples. Remis à l'école, la plupart d'entre eux n'apprenaient plus rien, ou n'apprenaient que difficilement. Il semble cependant que chez beaucoup d'entre ceux que nous avons vus plus d'une année à Bicêtre l'état intellectuel se soit amélioré. Il y a certainement chez plusieurs d'entre eux une différence entre l'appréciation de leur intelligence trouvée dans les renseignements fournis par les parents et l'état où on les observe à leur entrée à l'hospice. Mais cette amélioration naturelle est bien plus considérable quand les enfants sont soumis à une gymnastique intellectuelle particulière.

A l'hospice, ils sont soumis à un traitement médical, à une hygiène et à une éducation physique et intellectuelle organisés et surveillés activement par M. Bourneville : leur mémoire est cultivée, leur raisonnement exercé, leur attention fixée : beaucoup d'hémiplégiques que nous avons interrogés lisent et écrivent couramment, ont des notions d'arithmétique et même de géométrie. Malheureusement il n'a pas été possible d'obtenir toujours de tels succès et M. Bourneville lui-même a classé ses malades en trois catégories : 1° les arriérés, 2° les imbeciles, 3° les idiots.

Nous avons déjà dit que chez les *épileptiques hémiplégi-*

ques la démence, les impulsions, l'automatisme étaient inconnus : leur caractère a été cependant quelquefois changé ; il arrive parfois de constater qu'un enfant aimant et doux est devenu colère et méchant. Ces modifications peuvent être attribuées dans ces cas à l'influence de la puberté car on voit peu souvent un hémiplégique se livrer ainsi que le font habituellement les épileptiques vulgaires à des actes d'une violence extrême. La kleptomanie, la pyromanie, la clastomanie sont choses exceptionnelles.

DIAGNOSTIC

Quand l'hémiplégie spasmodique est arrivée au milieu de la période de paralysie, il nous semble impossible de la méconnaître : nous avons vu dans la clientèle d'un médecin de nos amis un enfant sur les antécédents duquel nous n'avions et ne pouvions obtenir aucun renseignement ; l'arrêt de développement avec maintien de la contractilité musculaire, et la *narésie*, que nous avons constatés chez lui, ont suffi dans ce cas à établir le diagnostic. Où la difficulté se présente, c'est à l'époque des convulsions primitives : à ce moment quand l'enfant est dans le coma, est-on en présence d'une méningite ? Les convulsions partielles, la fièvre, le strabisme, les crises hydrencéphaliques, les vomissements serviront à éloigner cette hypothèse.

La paralysie spinale infantile peut en imposer quelquefois pour l'hémiplégie cérébrale infantile, mais là on constatera qu'on a affaire à une affection fébrile, que la paralysie va se comporter d'une façon différente, en se localisant à un ou plusieurs groupes de muscles qui s'atrophieront et ne conserveront pas leur contractilité électrique. L'hystérie peut présenter, avec des attaques convulsives, une atrophie assez prononcée des muscles : là encore la contractilité électrique sera absente et on ne constatera rien de pareil à l'arrêt de développement de l'hémiplégie qui, sans s'étendre à tous les organes d'un sujet, en touche la plupart du temps un grand nombre.

Quant au diagnostic de la lésion qui a pu produire l'hémiplégie, il est pour la plupart du temps impossible : est-on en présence d'une hémorragie, d'un ramollissement ou d'une

encéphalite dont nous voyons les restes sous formes d'*atrophie cérébrale*, de *plaques jaunes* et de *kystes séreux*? Aucun indice ne permet de trancher la question. C'est seulement dans le cas où la *méningo-encéphalite* occasionne l'hémiplégie qu'on rencontre assez souvent des troubles oculaires, une extrême diminution de l'intelligence et sur le côté du corps qui semble être resté sain quelques symptômes d'affaiblissement paralytique, indications suffisantes pour attribuer à cette dernière lésion la production de l'hémiplégie. C'est dans un cas que M. Bourneville essaye de distinguer des autres, que la démence peut survenir, que la diminution de l'intelligence est progressive et peut se compliquer d'un état paralytique qui peut se généraliser.

TRAITEMENT

Le traitement de l'*hémiplégie spasmodique infantile* est préventif et curatif. Le traitement préventif consiste à éviter le plus possible ce que nous avons vu être les causes de l'affection : pour les femmes enceintes et les enfants éviter les chutes, les coups et les émotions. On ne devra jamais perdre de vue que l'hémiplégie peut être la conséquence de l'axphyxie à la naissance, dans les soins à donner à une femme en couches ; de même, en présence d'une maladie infectieuse chez les enfants il faudra toujours avoir à l'esprit la possibilité de cette fâcheuse éventualité.

Lorsque l'enfant est dans les *convulsions* du début de l'affection, il convient de lui appliquer des sangsues aux apophyses mastoïdes, des révulsifs, de lui faire des applications de glace et des affusions froides sur la tête, de lui administrer des purgatifs et des antispasmodiques, etc...

La *paralysie* établie, le médecin se trouve en présence plutôt d'un infirme que d'un malade. Beaucoup d'enfants, dans les semaines qui ont suivi le premier état de mal primitif sont électrisés : l'électrisation est bonne pour hâter l'amélioration que nous savons d'ailleurs être naturelle de la paralysie. Mais ce n'est pas tant la paralysie que la contracture qu'il faut chercher à combattre. Nous avons suivi les conseils de M. Bourneville qui, s'appuyant sur les bons résultats que lui ont donnés depuis bien longtemps dans sa pratique de la ville, les exercices des jointures des membres paralysés dans le cas d'apoplexie récente, pensait que le massage articulaire pourrait rendre de la souplesse

aux membres et diminuer les raideurs des articulations. M. Bourneville avait fait déjà procéder à ces exercices chez les hémiplegiques ; mais le massage n'avait pas toujours été fait d'une façon régulière ni suivi avec quelque soin. Nous avons, à notre tour, fait pratiquer chaque matin sur un certain nombre de nos malades pendant un quart d'heure pour chacun, une série de mouvements alternatifs de flexion et d'extension dans toutes les articulations des membres du côté paralysé et principalement dans celles qui étaient le plus atteintes. Nous avons remarqué que, pendant le massage, la raideur diminue, quelquefois même disparaît complètement, après quelques mouvements, pour se reproduire aussitôt l'opération interrompte.

Au bout de quelques mois de ce traitement, plusieurs enfants prétendaient mieux se servir de leur main et de leur bras : et en effet nous avons vu, chez Anzemb..., l'extension de la main, impossible auparavant, s'effectuer après facilement. Chez d'autres enfants, nous avons aussi observé de notables modifications dans les mouvements volontaires. De plus, les craquements articulaires avaient diminué, étaient plus doux, ou avaient disparu. Cependant, il faut avouer que chez plusieurs malades nous n'avons observé aucune modification appréciable dans la force dynamométrique. Pratiqué comme nous l'avons fait sur des hémiplegiques déjà avancés en âge, entrés à l'hospice, comme c'est l'ordinaire, longtemps après leur premier accident, le massage doit être considéré comme un excellent traitement hygiénique. Mais nous croyons que jointe à l'électricité, peu de temps après l'apparition de la paralysie, cette méthode aurait non seulement pour résultat de favoriser l'amendement naturel des phénomènes paralytiques et d'empêcher la production de l'arthrite sèche, mais encore, sinon de prévenir les contractures, du moins d'éviter les déformations qu'elles occasionnent. Les résultats obtenus par M. Bourneville chez des adultes, même âgés, devenus hémiplegiques à la suite d'une attaque d'apoplexie, ne nous paraissent laisser aucun doute à cet égard.

. Quand l'on se trouve en présence de déformations articulaires considérables, entravant absolument les fonctions des membres, il faut avoir recours à l'orthopédie. Les opérations pratiquées sur les tendons n'ont rendu jusqu'ici que peu de service ; il est des cas, cependant, où elles sont nécessaires. Ce sera surtout aux appareils prothétiques qu'il faudra avoir recours.

Les *épileptiques hémiplégiques* doivent être traités par les anti-spasmodiques. Voici le traitement dont M. Bourneville fait l'usage le plus habituel dans son service : le malade doit prendre une cuillerée de l'élixir polybromuré d'Yvon chaque jour pendant une semaine, puis deux pendant deux semaines, etc... mais l'âge des malades ne permet pas d'aller au delà de quatre cuillerées par jour ; l'élixir est alors suspendu pour être rétabli une semaine plus tard. Les épileptiques, en même temps que ce traitement interne, sont, sitôt que la température le permet, d'avril à novembre, soumis à un traitement hydrothérapique journalier. L'observation d'Anzemb... nous montre un cas d'amélioration considérable dû à cette méthode.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

SOMMAIRE. — *Père coléreux, mère tuberculeuse, deux frères morts de convulsions, grand'tante paternelle léthargique, oncle maternel tuberculeux, cousin, paralysé et idiot. — Chute sur la tête à 3 ans 1/2, suivie de convulsion et de paralysie. — Epilepsie à 6 ans 1/2 — Mictions involontaires pendant les accès. — Contractures.*

Anzemb..., né en 1879, est entré à l'hospice de Bicêtre (service de M. Bourneville) le 22 janvier 1889.

Antécédents (renseignements fournis par le père). — *Père* (38 ans) comptable, robuste, intelligent, d'un caractère très emporté, sans convulsions dans l'enfance, fièvre typhoïde en 1888 avec douze jours de perte de connaissance; pas de migraines, ni de névralgies, ni d'excès de boisson, ni de maladie vénérienne. [*Père*, brigadier forestier, sobre, mort à 76 ans d'un « coup de sang »; *mère* morte à 65 ans d'une affection pulmonaire; — *grands-parents* paternels et maternels morts très âgés; — 7 *tantes* dont 5 mortes de vieillesse; la sixième, « tombée dans un état de léthargie » qui dura deux jours et demi, est morte six semaines après, à l'âge de 70 ans; la septième avait une jambe plus courte que l'autre; — 4 *frères*, l'aîné, sobre, mais qui faisait des excès vénériens, est mort de tuberculose pulmonaire; le deuxième tué pendant la guerre; les deux autres bien portants sont gardes forestiers; — 4 *sœurs* sans accidents nerveux; une d'entre elles, mariée, a cinq enfants en bonne santé.]

Mère, lingère, douce, pas de convulsions dans l'enfance, sans attaque de nerfs ni migraine, morte à 34 ans de phtisie, six mois après une couche. [*Père*, pas de renseignements, ainsi que sur la *mère* et les *grands-parents*; — *frère*, sans accidents nerveux ni alcoolisme, mort à 35 ans de tuberculose pulmonaire; — deux *sœurs* bien portantes dont l'une a un enfant paralysé, idiot et parlant à peine. — Pas d'aliénés, pas d'autre paralytique, etc., dans la famille.]

Pas de consanguinité; inégalité d'âge de 2 ans.

Six enfants : 1° garçon, 12 ans bien portant, intelligent ; — 2° notre malade ; — 3° garçon mort à 4 mois, en quelques instants, de convulsions ; — 4° garçon mort vers cinq mois dans des convulsions internes ; — 5° fille morte vers 5 mois, de diarrhée ; — 6° fille morte à 3 mois, on ne sait de quoi.

Antécédents personnels. — A la *conception* les parents se portaient bien et vivaient en bonne intelligence ; — *grossesse* bonne, sans vomissements, ni chute, ni émotion, ni attaque ou syncope. — *Accouchement* à terme, en deux heures, sans chloroforme ni forceps. — A la *naissance*, l'enfant était beau, bien conformé, sans circulaire du cordon, sans asphyxie. — Élevé au biberon, en nourrice, au lait de vache, il marchait bien à 2 ans, parlait, était propre et intelligent.

Rougeole à 2 ans et 1/2

Ramené chez ses parents, un jour que son père nourricier le prenait dans ses bras pour le mener promener, il glisse dans l'escalier de la maison. L'enfant serait *tombé sur la tête* ; on l'a relevé sans connaissance et, à peine rentré et mis au lit, il a été pris de *convulsions* qui ont duré de 8 heures du soir à 3 heures du matin et qui portaient sur les membres des deux côtés avec *prédominance à droite* ; les membres étaient raides et animés de secousses. Anzemb... est resté *paralysé du côté droit* ; il ne marchait plus, était devenu gâteux.

Conduit à l'hôpital Trousseau, il a été traité par l'électricité ; de plus on voulait lui faire « une opération sur la tête ».

Sorti au bout de deux mois et demi, il fut soigné par un « Africain » qui lui faisait prendre des bains avec des herbages, en même temps que du sirop d'éther, des douches glacées sur la tête et du chloral.

Six mois après l'accident, il a recommencé à parler comme un petit enfant et au bout de deux mois il parlait comme aujourd'hui, il redevenait propre, marchait et commençait à se servir un peu de son bras droit ; quand il saisissait un objet de la main correspondante, il le serrait plus qu'il ne convenait et au fur et à mesure qu'il l'approchait de sa bouche, il *tremblait* davantage.

Envoyé à l'école à 4 ans 1/2 il apprenait bien, avait « une mémoire d'ange : « son plus fort était les chansons. »

A 6 ans 1/2, état de mal convulsif qui dura six heures : on n'a pas constaté d'aura ; pendant les accès, il était « pâle, vert, rouge, de toutes les couleurs » ; il était *comme mort* et eut des *évacuations involontaires*. Après avoir repris connaissance, il a tout de suite demandé à boire et s'est endormi pendant près de vingt-quatre heures ; à son réveil, il était tout à fait remis. A la suite de cet état de mal la paralysie n'avait pas augmenté.

A 7 ans quelques vertiges et bientôt après nouvel accès de vingt minutes de durée. Les accidents convulsifs se sont reproduits tous les

quatre mois environ jusqu'en septembre 1888, puis tous les trois mois, à peu près également diurnes et nocturnes, sans aura, sans crampes, sans fourmillement dans la main paralysée, sans douleurs de tête : cri étouffé en tombant, presque toujours évacuation d'urine qui terminait l'accès. — Pas d'autres maladies, ni coqueluche, ni diphtérie; engelures égales des deux côtés.

L'enfant était intelligent, un peu gourmand, un peu menteur, obéissant, il rapportait de l'école la croix tous les huit jours : son caractère n'était pas irritable.

Etat actuel (février 1889). — Adipose moyenne, air de santé générale. Sur la peau trois cicatrices, deux au front et l'autre à côté du sourcil paraissant récentes. Crâne de volume moyen, symétrique, front assez élevé, mais étroit; pas de persistance des fontanelles.

	1889 droit	1890 droit	1891 droit
Circonfér. horiz. maxima.	50	50	50
demi-circonf. bi-auriculre.	33	34	34 1/2
Distance de l'articulation atloïdo-occipitale à la ra- cine du nez.	37	36	37
Diamètre antéro posté- rieur maximum	17	17	17 1/2
Diamèt. bi-auriculaire . . .	11	10	11
— bi-pariétal.	13	13	13
Hauteur du front.	—	5	5

Cheveux châtains plantés régulièrement. Face ovale, sourcils garnis de poils en nombre normal et faisant saillie au dessus de l'œil. — Yeux, bien fendus, sans lésion; cils longs, régulièrement plantés. iris brun, les pupilles réagissent normalement et également. Pas de strabisme, ni de nystagmus, ni de diplopie, ni de daltonisme. — Racine du nez un peu déprimée, narines regardant directement en bas, normalement et également ouvertes, lobules du nez légèrement retroussés. Bouche moyenne, lèvres moyennement épaisses mesurant 4 centim. 1/2 de fente. Menton arrondi. Oreilles bien décollées, bien ourlées, à lobule distinct.

Membres supérieurs. — Le gauche est normalement constitué. L'épaule droite est pendante, le coude est porté en arrière. Les mouvements du bras se passent presque tous dans l'épaule; la main droite est fléchie et le malade ne peut la relever.

	1889		1890		1891	
	droit	gauche	droit	gauche	droit	gauche
Circonférence au niveau de l'aisselle.	15	16 1/2	15 1/2	17	20 1/2	21
Circ. à 10 cent. au-dessus de l'olécrâne	15 1/2	14 1/2	15 1/2	15 1/2	16	17 1/2

	1889		1890		1891	
	droit	gauche	droit	gauche	droit	gauche
Circ. à 10 cent. au-dessous de l'olécrâne.	14	15 1/2	14 1/2	16	18	18 1/2
Circ. au niveau du poignet.	12 1/2	13	12 1/2	13	13 3/4	13 1/2
Circonf. au niveau du métacarpe	16 1/2	17 1/2	16 1/2	19	17	19 1/2
Distance de l'acromion à l'olécrâne.	22	23	22	23	29 1/2	29 1/2
Distance de l'olécrâne à l'apophyse du cubitus.	18 1/2	18 1/2	19	19	23	23
Distance du cubitus à l'ex. du médus.	13 1/2	15	15	15	16	16

Membres inférieurs. — La cuisse droite est manifestement moindre que la gauche; en marchant le malade traîne l'extrémité du pied droit. Joints souples, sans craquements.

	1889		1890		1891	
	droit	gauche	droit	gauche	droit	gauche
Circonf. au niveau de l'aîne — à 10 c.m. au-dessus de la rotule.	32	34	33	36	35	37
Circ. à 10 c.m. au-dessous — au niveau du cou de pied	25	29 1/2	26	27	26 1/2	26 1/2
Circ. à la partie moyenne du pied	23	23	23 1/2	23 1/2	23 1/3	24
Distance de l'épine iliaque et supérieure à l'interligne articulaire du genou	19	19	17	17	18	18 1/2
Distance de cet interligne à la malléole externe	19 1/2	18	18	18	20 1/2	20 1/2
Dist. de la malléole externe à l'extrémité de l'orteil médian.	31	33	33 1/2	33 1/2	38	38
	29	29 1/2	30	30 1/2	34	35
	46 1/2	46	47	47	49	49

Tronc, asymétrique, légère incurvation de la colonne vertébrale du côté droit. Circulation normale. Foie ne débordant pas les fausses côtes; rate non perceptible à la percussion. Respiration normale. Sensibilité générale à la piqure et au froid normale. Réflexes (?).

Puberté. — La région du pubis est glabre, les bourses sont peu développées: testicules descendus, égaux du volume d'un pois, gland recouvert entièrement par le prépuce. Verge: longueur = 57^{mm}, circonférence 48^{mm}. Pas de poils au périnée; anus bien conformé.

Mai. — Série d'accès se répétant toutes les cinq minutes environ: pas de cri initial, pas de changement de coloration de la face. Début par des secousses dans le bras droit, puis la jambe droite, qui s'étendent ensuite dans le côté gauche. Yeux tournés en haut et à droite: pas de changement dans la contraction des pupilles. Bouche déviée un peu à droite; pas de hâte sanguinolente, pas de miction involontaire. — Décembre: autre série d'accès.

1890. Janvier : série de 15 accès. — Février : Elixir polybromuré d'Yvon — Juillet : *Puberté* : Visage et tronc glabre, aisselles glabres, pubis glabre ; longueur de la verge = 4^{cm} circonférence = 5^{cm} ; gland découvert, testicules égaux, du volume d'une petite olive ; anus normal. Pas d'onanisme.

Examen des articulations. — Epaule : craquements articulaires doux dans la rotation ; raideur périphérique tendant à disparaître après quelques mouvements. — Coude : pas de craquements, peu de raideur. — Main fléchie à angle droit sur le bras ; raideur disparaissant un peu après quelques mouvements d'extension provoqués. Pas d'athétose ; quelques craquements articulaires et tendineux. Les mouvements provoqués sont possibles. Les mouvements volontaires d'extension de la main sur l'avant-bras se font avec beaucoup de difficulté et se facilitent par des mouvements simultanés de l'avant-bras et du bras. — Hanches : articulation mobile sans craquements. — Genou : craquements nombreux surtout à la partie postérieure, au niveau des attaches tendineuses. — Pied : l'articulation tibio-tarsienne est peu mobile ; pas de craquements, mouvements volontaires possibles mais peu étendus. Dans la position horizontale, le pied tend à s'infléchir de façon à prendre une attitude d'équinisme. La face plantaire regarde très légèrement en dedans : pas de trépidation spinale, réflexes un peu exagérés. — Traité par le massage articulaire.

1891. Février : Anzemb... devient paresseux et grossier. Elixir polybromuré d'Yvon. — Mars : hydrothérapie.

Juillet : *Puberté* : Visage, tronc et membres glabres, ainsi que le pénil, et les aines. Verge : longueur = 55 mm. circonférence = 52 mm. Prépuce long et étroit ; gland recouvert, mais facilement découvrable. Méat à bords saillants et rouge, largement ouvert. Bourses petites, garnies de deux testicules égaux et de la grosseur d'une petite olive. Pas de poils au périnée ni à l'anus qui est bien conformé.

Examen des articulations : Anzemb... a été massé régulièrement tous les jours. L'épaule est contracturée ; les mouvements des bras sont tous possibles, et la main ne perçoit dans l'articulation scapulo-humérale, aucun craquement. Au coude, légère contracture, l'extension se fait assez facilement ; aucun craquement dans cette articulation. Au poignet la contracture a beaucoup diminué ; le malade prétend se servir facilement de sa main qu'il peut étendre complètement sur le bras ; la préhension est devenue plus facile. A la hanche contracture assez forte, aucun craquement ; au genou raideur légère, quelques craquements doux ; les mouvements volontaires du pied sont possibles ; les mouvements provoqués donnent lieu à de légers craquements qui disparaissent rapidement au bout d'un instant. Le malade marche

encore en fauchant, mais le pied semble avoir moins l'attitude équine. Anzemb... peut se tenir sur la jambe paralysée seule, pendant plusieurs secondes. Réflexe rotulien du côté malade exagéré; pas de trépidation spinale.

	1889		1890		1891
	Janvier	Juillet	Janvier	Juillet	
Poids	23 500	33 600	24	24 600	26 500
Taille.	1 ^m 23	1 ^m 24	1 ^m 36	1 ^m 29	1 ^m 31
	D. G.	D. G.	D. G.	D. G.	D. G.
Force dynamométrique. . . .	40 16	40 16	41 14	40 15	42 17
Date	Température pendant l'accès — 1/4 d'heure après — 2 heures après				
Mai	38°		37° 8		37° 3

Tableau des accès

	1889		1890		1891	
	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges
Janvier	»	»	15	»	8	1
Février	2	1	»	»	2	»
Mars.	2	2	»	»	4	»
Avril.	1	»	1	»	4	4
Mai	25	»	8	»	9	»
Juin	»	»	4	»	1	»
Juillet.	»	»	10	»	»	»
Août.	4	»	4	1	»	»
Septembre . . .	»	»	8	8	»	»
Octobre.	39	3	5	9	»	»
Novembre	15	2	22	4	»	»
Décembre . . .	4	8	8	»	»	»
	91	16	85	22	29	4

Dans les six derniers mois il y a donc une légère amélioration de l'épilepsie.

Anzemb... a l'air assez intelligent et répond bien aux questions qu'on lui pose: depuis quelque temps il serait devenu paresseux et grossier.

Nous avons relevé tous les phénomènes relatifs à la puberté, le développement des organes génitaux et du système pileux, poids et taille, détails qui font partie d'un travail d'ensemble que M. Bourneville prépare sur la puberté. Notons encore que dans ce cas, suivant la règle, la température s'élève sous l'influence de l'accès d'épilepsie.

OBSERVATION II

SOMMAIRE. — Mère scrofuleuse et nerveuse; grands-pères paternel et maternel, tante maternelle et frère phtisiques. — Asphyxie à la naissance. — Paralyse congénitale. — Convulsions primitives à trois mois. — Epilepsie à huit ans; mouvements athétosiques et associés.

Ferg., né le 12 octobre 1870. Entré dans le service de M. Bourneville, à Bicêtre, le 28 mars 1885.

Renseignements fournis par sa mère (22 mai 1885). — Père, sans antécédents nerveux, sobre, de caractère doux, homme de peine dans la même maison depuis vingt ans, marié à 34 ans, mort *phtisique* à 54 ans. [Père, sobre, mort par accident; — mère, morte on ne sait de quoi; — grands-parents paternels et maternels morts à un âge très avancé; — trois frères et deux sœurs sans accidents nerveux ainsi que leurs enfants. — Pas d'aliénés, pas d'épileptiques dans la famille.]

Mère, *ophtalmie chronique* dans son enfance, quelques *crises nerveuses*, et *migraines fréquentes* à chaque menstruation. [Père, sobre, calme, mort *phtisique*; — mère, morte à 74 ans sans paralyse, ni démence. — Pas de détails sur les grands-parents paternels et maternels. — Quatre frères; un mort à 70 ans, les trois autres jeunes, on ne sait de quoi; — trois sœurs, une morte en bas-âge, une autre *phtisique*; la troisième se porte bien, ainsi que ses enfants.]

Pas de consanguinité, inégalité, d'âge de quelques années..

Huit enfants: 1^o garçon mort à 10 jours d'hémorragie ombilicale; 2^o garçon mort *phtisique* à 20 ans; 3^o fille, 16 ans, domestique, bien portante; 5^o notre malade; 6^o fille, 12 ans, intelligente et en bonne santé; 7^o garçon mort à 14 mois d'une broncho-pneumonie, suite de rougeole; 8^o garçon, âgé de 7 ans, bien portant.

Notre malade. — A la *conception* les parents étaient bien portants et vivaient en bonne intelligence, sans ennui ni misère. *Grossesse* bonne. *Accouchement* à terme, accidenté: lorsque les douleurs sont survenues la mère eut une frayeur vive (on se battait à l'Hôtel de Ville); les contractions s'arrêtèrent pour ne reparaitre que le surlendemain; cette fois en trois douleurs l'accouchement eut lieu. A la *naissance*, l'enfant était tout noir et sentait si mauvais qu'il fallut aérer la chambre; on le croyait mort: cependant après l'avoir frictionné, lui avoir soufflé dans la bouche, il finit par jeter un faible cri; il est resté avec une teinte asphyxique pendant cinq jours. Elevé au sein par sa mère, à un mois, premières *convulsions*, sans contorsions ni raideur des membres; les yeux étaient grands ouverts, tour à tour fixes ou roulants dans l'orbite; la face était rapetissée, ratatinée, tour à tour bleue,

jaune, puis naturelle : cette crise dura dix minutes. A partir de là il aurait eu tous les jours des convulsions analogues jusqu'à l'âge de 7 ans.

Rougeole à un an. Pendant ce temps l'enfant faisait ses dents, la première à six mois, les autres bientôt après et promptement, commençait à parler vers dix-huit mois, mais ne marchait qu'à 4 ans : *on ne l'a jamais vu se servir du bras gauche depuis sa naissance même*, comme aussi on l'a toujours vu, sitôt qu'il a marché, traîner la jambe du même côté.

Envoyé à l'école à 7 ans il apprenait bien et se montrait intelligent. A 8 ans il fit une chute sur la tête dans un escalier, il eut le bras fracturé, resta longtemps en syncope, puis eut des vomissements : à la suite de cet accident son intelligence a considérablement diminué, son caractère aussi aurait changé et de doux qu'il était serait devenu méchant. Envoyé à Berck sur l'avis de la consultation des Enfants Malades, il fallut l'y aller rechercher quatre mois plus tard parce qu'il avait eu deux *accès d'épilepsie*; de retour chez lui il eut un accès au bout de trois mois, puis trois ou quatre autres en deux ans. A 11 ans 1/2 il fut renvoyé à Berck « pour se fortifier » et y resta neuf mois sans avoir d'accès. A son retour, il n'apprenait plus rien; le maître le laissait tranquille, le considérant comme idiot.

En 1883, il a eu deux séries de quatre ou cinq accès survenus sans aura, sans cri, mais avec raideur des membres et quelques secousses convulsives, un peu de *bave* et morsure de la langue. La même année, étant à Bicêtre, il a eu une *névralgie intercostale*.

1886. — Mars : *Puberté* : Très léger duvet sur la lèvre supérieure; le reste du visage glabre, quelques poils sous les aisselles. Bouquet de poils assez touffus à la racine de la verge. Verge : longueur 60^{mm} circonférence 70^{mm}. Gland découvrable, bourses pendantes, testicules égaux. Méat normal, périnée garni de quelques poils. Anus normal.

1889. — Mai. *Etat actuel*. — Etat général bon, un peu de maigreur et de pâleur du teint : sur la peau une cicatrice à la partie droite du front et au niveau du pariétal gauche. Cheveux implantés régulièrement; *tête* ovale, de volume moyen, symétrique. Bosses frontales accentuées un peu plus à droite qu'à gauche; front moyennement élevé; pas de persistance des fontanelles.

	1889	1890	1891
Circonf. horiz. maxima	54	54 1/2	54 1/2
Demi circonf. bi-auriculaire .	35 1/2	37	37
Distance de la protub. occipitale à la racine du nez . . .	38	38	38
Diamètre antéro-post. maxima.	18,3	18,3	18,3
— bi-auriculaire	12	13	13
— bi-pariétal.	14,6	14,6	14,6

Face ovale ; arcades sourcilières asymétriques, la gauche descendant plus bas que la droite, paupière droite plus large et plus épaisse que la gauche : fentes palpébrales taillées en amande allongée, plus large à droite qu'à gauche. Pas de paralysie oculaire, ni strabisme, ni nystagmus. Iris brun, pupilles égales et réagissant bien : pas de diplopie, ni rétrécissement du champ visuel ; pas de vision colorée et bonne appréciation des nuances. Nez pyramidal à lobule légèrement relevé en haut, régulier, symétrique : narines regardant directement en bas. L'odorat paraîtrait plus faible à droite qu'à gauche. — Pommettes assez saillantes, mais plus à droite qu'à gauche — Creux sous-maxillaire plus accentué à gauche : joues inégales en épaisseur. Lèvres asymétriques, plus épaisses à droite que de l'autre côté ; la partie médiane de la lèvre supérieure ne correspond pas à l'échancrure médiane de l'inférieure qui est déviée à gauche. Le palais est plus ogival à droite que de l'autre côté. La dentition est normale ; le voile du palais est symétrique, mais le pilier antérieur gauche est grêle en comparaison du droit : amygdales cachées derrière les piliers. Le malade insalive, mastique et avale bien, goût normal. — Menton symétrique et régulier.

Oreilles très écartées de la tête, aplaties et évasées en haut ; ourlet à peine marqué, lobule très petit ; pas de différence dans leur développement. Odeur normale. Mobilité parfaite dans toute la face.

Sensibilité générale normale.

Cou : circonférence = 35 cent. : pas d'hypertrophie du corps thyroïde ; larynx et voix normaux. Tronc bien conformé ; différence de volume des masses musculaires thoraciques en faveur du côté non paralysé ; respiration, circulation bonnes ; digestion facile.

Membres supérieurs. — Le droit est bien musclé ; quant au gauche il paraît à l'inspection beaucoup moins développé : la clavicule gauche est moins longue que la droite, l'épaule gauche est surhaussée par la contracture du trapèze de ce côté, la masse deltoïdienne est très petite et peu développée à gauche.

Attitude du membre gauche : Avant-bras un peu fléchi, en pronation sur le bras, doigts fléchis, pouce en demi-opposition.

Dans l'articulation de l'épaule, tous les mouvements sont possibles : pas de craquements. Au coude : trace d'une ancienne fracture, extension complète impossible à cause de cette déformation, pas de craquements ; contracture du biceps. L'extension de la main n'est pas complète dans les mouvements volontaires : contracture assez accentuée pour que la main soit en demi-flexion permanente. Le pouce est en opposition. Le malade prend assez difficilement les objets et avec une certaine lenteur. La main et le bras sont le siège de *mouvements athéto-siques* très marqués. Le malade ne peut fermer le poing : ce mouvement

n'est possible (incomplètement pour l'index) que lorsqu'il ferme en même temps l'autre main.

	1888		1889		1890		1891	
	D.	G.	D.	G.	D.	G.	D.	G.
Circonf. au niveau de l'aisselle.	25	24 1/2	24,5	20,5	26	21	21,5	21
Circonf. à 10 cent. au-dessus de la rotule . .	23	20,8	22,5	19	23	20,5	23,5	19
Circ. à 10 cent. au-dessous	23	20	22,5	20	24	21	25	22
Circ. au niveau du poignet	16	14,5	15	14,5	16	14	16,5	15
Circ. au niveau du métacarpe	23,5	21	21,5	18,5	20	18,5	20	18,6
Distance de l'acromion à l'olécrâne	32	29	33,5	32	31,5	31	32,5	32
Dist. de l'olécrâne à l'apophyse du cubitus . .	26	25,5	26	25	26,5	25,5	26,5	25,5
Dist. du cubitus à l'extrémité du médus . .	18	18	17,5	17,5	18	18	18,5	18,5

Membres inférieurs. — Le droit est bien musclé et bien conformé. L'arrêt du développement du membre gauche peu sensible à la vue est plus appréciable à la mensuration. Articulation de la hanche et du genou: ni craquements ni contractures; tous les mouvements y sont possibles sans efforts. — Dans l'articulation tibio-tarsienne les mouvements volontaires, d'extension et de flexion du pied sur la jambe, pour être complets s'accompagnent d'un mouvement léger de la jambe, avec des mouvements athétosiques des orteils: les mouvements du pied paralysé sont associés à ceux de l'autre. Les mouvements provoqués sont possibles en tous les sens.

Réflexe rotulien aboli à droite, léger à gauche. La station sur chacune des deux jambes seule est possible; la gauche est plus faible, le malade ne s'y tient que quelques secondes. La marche est un peu claudicante.

	1888		1889		1890		1891	
	D.	G.	D.	G.	D.	G.	D.	G.
Circonf. au niveau de l'aîne — à 10 c. m. au-dessus de la rotule	44,5	42	44	39	45	40,5	45	40,5
Circ. à 10 c. m. au-dessous. — au niveau du cou de pied	34,5	32	33	30,5	32	31	34,5	31
Circ. à 10 c. m. au-dessous. — au niveau du cou de pied	28	25,5	27,5	25,5	28	26	27	26
Circ. à la partie moyenne du pied	21	21	21,5	21,5	22,5	22	22,5	22
Circ. à la partie moyenne du pied	21	21	21,5	21,5	22,5	22	22,5	22
Distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure à art. du genou	49	48	49	49	49	49	50	50
Distance de cette interligne à la malléole ext. .	39	38	39	39	39	42	41	40,5
Dist. de la malléole ext. à l'extrém. de l'orteil médian	18	18	18	18	19	19	19	19

La sensibilité générale est normale.

Puberté. Visage glabre; touffe de poils sous les aisselles, thorax glabre membres supérieurs et inférieurs, quelques poils follets. Nombreux poils au pubis; verge; longueur = 8, circonférence = 8, gland à demi découvert, prépuce long; bourses pendantes garnies de deux testicules égaux, de la grosseur d'un œuf de pigeon. Périnée garni de quelques poils noirs et longs, assez bien conformé.

1890. *Juin.* Soumis au massage articulaire.

1891. *Juin.* *Puberté.* Poils fins commençant à ombrer la lèvre supérieure, rien à l'inférieure. Poils longs aux aisselles; à la racine de la verge, à la partie supérieure du scrotum, au pubis, dans les plis de l'aîne, poils chatain foncé, longs et touffus; quelques poils sur la ligne blanche du ventre, du pubis à l'ombilic, quelques poils noirs et courts à la partie antérieure des cuisses. Verge: longueur = 9 cent. circonférence = 8 cent.; gland petit, découvert, testicules égaux du volume d'un œuf de pigeon. Anus bien conformé.

Juillet. *Examen des articulations des membres paralysés:* Ferge.... a été soumis au massage d'une façon régulière depuis un an, offre les particularités suivantes: à l'épaule, aucun craquement, contracture diminuée, mouvements possibles en tous sens. Coude, extension impossible à cause d'une ancienne fracture, pas de craquements. Articulation du poignet plus souple, et préhension plus facile. Le malade peut fermer la main paralysée sans fermer en même temps l'autre main, mais les doigts de celle-ci se serrent, en extension, les uns contre les autres. Rien de particulier à signaler pour le membre inférieur qui est resté tel qu'il était avant le massage. Réflexe toujours aboli.

	1889	1890	1891
	—	—	—
Poids	43 800	42 100	
Taille ,	1 ^m 59	1 ^m 62	1 ^m 62
	D. G.	D. G.	D. G.
	— —	— —	— —
Dynamomètre.	45 13	42 10	47 11

Ferge.... est relativement intelligent; il répond assez bien aux questions qu'on lui adresse: il a appris le métier de rempailleur de chaise et s'acquitte assez bien de son travail. Il n'a jamais eu d'accès d'épilepsie à l'hospice.

OBSERVATION III

Mig..., né le 25 octobre 1870, entré dans le service de M. Bourneville, à Bicêtre, le 23 septembre 1883.

SOMMAIRE. — *Père, excès de boisson ; grand-père paternel alcoolique, grand'mère paternelle aliénée, tante et oncle paternel alcooliques ; cousine paternelle débauchée ; mère d'artreuse, grand-père et mère maternels tuberculeux, sœur morte de convulsions, cousine hystérique. — Asphyxie à la naissance ; rougeole à un an, convulsions suivies d'hémiplégie droite à trois ans et demi. Épilepsie à huit ans. Renseignements fournis par sa mère.*

Père, âgé de 28 ans, journalier ayant eu des convulsions dans l'enfance, jamais malade, sobre avant d'être allé au régiment, mais y aurait contracté l'habitude de boire de l'absinthe, faisait à l'époque de son mariage à 31 ans de nombreux *excès de boisson* ; il fut un temps où il n'était guère que deux ou trois fois par semaine « à jeun » c'est-à-dire non ivre ; maintenant il ne s'enivre que le dimanche ; il fume un peu ; pas de névralgies, pas de maladies vénériennes. Il y a un an, en assistant à une crise de son enfant, il est tombé comme une masse et est resté sans connaissance pendant cinq minutes, sans présenter d'ailleurs ni convulsions ni écume à la bouche. Cet accident ne s'est pas reproduit. [*Père*, frappeur chez Cail, serait mort, après de très fréquents *excès de boisson*, de la rupture d'un anévrisme ; *mère*, morte *folle* à la suite des mauvais traitements que lui faisait subir son mari ; *grand-père paternel* mort très âgé ; *grand'mère paternelle* morte on ne sait de quoi, avait fait de nombreux *excès de boisson*, pas de renseignements sur les aïeux maternels. Quatre frères : le premier mort d'hydrophobie rabique, le second de la poitrine, le troisième est aveugle depuis cinq ans, mais bien portant et sobre ; le quatrième fait souvent des *excès de boisson* et a eu un enfant qui est mort. Une *sœur*, morte poitrinaire après de nombreux *excès de boisson*, a eu deux filles dont l'une mariée s'enivre comme sa mère et l'autre, sobre il est vrai, a une mauvaise conduite. Un *oncle paternel* est mort subitement. Pas d'épileptiques, ni de difformes, ni de suicidés, ni de criminels.]

Mère, 47 ans, sans convulsions dans l'enfance, sourde à droite depuis l'âge de 9 ans, assez intelligente, très nerveuse, n'ayant eu ni syncope, ni attaque de nerfs, mais de fréquentes douleurs de tête surtout vers la puberté. Impétigo généralisé dans son jeune âge, eczéma à 26 ans ; ménopause il y a 6 mois ; caractère assez colère. [*Père*, mort de la poitrine à 30 ans. — *Mère* mariée en premières noces avec son oncle en a eu une fille morte à 19 ans poitrinaire ; en deuxième avec son neveu, elle en a eu trois couches doubles et une simple, celle de la mère de notre

malade; en troisièmes nocés elle a eu un enfant mort à 6 mois, on ne sait de quoi; à la suite de cette dernière couche elle est devenue tuberculeuse et est morte à 42 ans. Pas de détails sur les grands-parents. Une *cousine* aurait eu dans son enfance des crises nerveuses.

Pas de consanguinité. Inégalité d'âge d'un an.

Trois enfants: 1^o fille née à 8 mois, morte à 15 mois de *convulsions*; 2^o fille bien portante, un peu nerveuse; 3^o notre malade.

La *conception* n'a pas eu lieu dans l'ivresse du mari.

La *grossesse* a été bonne, sans coups sur le ventre ni chutes, ni peurs, mais tourmentée par des discussions avec le mari qui rentrait ivre et souvent battait sa femme. *Accouchement* naturel à terme, sans chloroforme, mais laborieux (3 jours). A la *naissance* l'enfant ne respirant pas et étant « tout noir » la sage-femme fut obligée de le frotter pour le rappeler à la vie. — *Élevé au sein* par sa mère jusqu'à 20 mois il a marché avant un an, époque où il eut la *rougeole*, il a commencé à parler vers le même temps. Première dent à 8 mois, les autres ont poussé ensuite et assez vite; gourmes dans la tête à 15 mois et autres manifestations scrofuleuses à diverses autres reprises.

A 3 ans 1/2 il fut pris de *convulsions exclusivement limitées au côté droit*; elles durèrent deux heures et furent suivies d'une *paralysie complète du côté droit*. L'enfant resta près de six semaines au lit et ce n'est qu'au bout d'un an qu'il a pu marcher de nouveau mais en traînant la jambe: son bras n'a repris quelque force qu'après un temps plus long, et sitôt qu'il put en exécuter quelques mouvements il en profita pour porter sa main à sa bouche et téter son pouce. L'intelligence, normale auparavant, avait diminuée après les convulsions: envoyé à l'école il n'apprenait plus grand'chose; cependant il avait conservé suffisamment de mémoire pour bien réciter ses leçons.

En avril 1878, à l'âge de 8 ans, il fut pris, la nuit, pendant trois quarts d'heure, de *convulsions*: il tournait la tête à droite et à gauche en poussant de petits cris; le *côté droit du corps était seul agité de mouvements convulsifs*. Le lendemain la paralysie n'avait pas augmenté et le malade ne se sentait plus de son accident de la veille. La même année, au mois d'octobre, nouvel état de mal dans lequel les mouvements convulsifs se sont généralisés à tout le corps et qui dura cinq heures. A partir de ce moment, à peu près chaque jour, il avait des vertiges. « Maman, je tombe, » s'écriait-il; il tombait et se relevait aussitôt. A l'âge de 9 ans, autres accès; il avertissait comme il a été dit plus haut; pas de cri; *convulsions limitées à droite*; ni écume, ni salivation, ni morsure de la langue; stertor. A 12 ans 1/2 Mig.... eut un jour trois accès consécutifs et depuis le plus long intervalle entre chaque accès était de trois ou quatre jours. Les crises devenaient plus longues et plus violentes et s'accompagnaient parfois de cris et d'écume. C'est en raison

de l'augmentation du nombre des accès qu'il entra à l'Asile clinique (Sainte-Anne) en juin 1883. A partir de ce moment, l'aura disparut: l'enfant se couvrait le front de plaies et de bosses. Il fut traité par le bromure de potassium.

Son intelligence était à peu près restée la même depuis ses premières convulsions, ainsi que sa mémoire; depuis 1882 il n'avait plus voulu aller à l'école; sa mère lui faisait faire des commissions dont il s'acquittait bien; elle le laissait aller se promener seul, parce que, dit-elle, elle ne pouvait le retenir; il prenait de l'argent; il vola une peau de lapin pour la vendre et divers autres objets. Il était affectueux pour ses parents et bon pour les animaux, mais avait quelques colères durant lesquelles il devenait « tout violet ». — Il fut envoyé à Bicêtre le 25 septembre 1883.

1883. — *Décembre: Puberté.* — Visage et tronc glabre, quelques poils aux aisselles, pénil glabre, testicule de la grosseur d'une petite olive, verge petite, prépuce un peu allongé, gland découvrable, méat urinaire et anus normaux. — Vacciné sans succès.

1884. — *Janvier: Ongle incarné au gros orteil du pied gauche.* — *Mars: Sirop de bromure de Nickel* — *Juillet: Puberté.* Visage glabre, ainsi que le pénil et le tronc, bourses moyennement pendantes, testicules de moyenne grosseur: verge assez petite. Prépuce long, gland à peu près découvrable mais présentant une adhérence de la base du gland avec le prépuce, du côté gauche; méat large et rouge, onanisme probable. — Mig.... présente un bras gauche très bien musclé; quand au droit plus grêle que le gauche il prend dans la marche l'attitude suivante: coude légèrement écarté du tronc, avant-bras en pronation, main légèrement fléchie sur l'avant-bras, pouce allongé, les autres doigts fléchis dans la paume de la main. Les mouvements communiqués et spontanés sont libres. Les membres inférieurs sont très bien musclés, la marche est régulière. — Septembre: suppression du bromure de Nickel.

1885. — *Janvier: Puberté;* visage, tronc et membres et pénil glabres, verge petite, circonférence = 4 cent. $\frac{2}{3}$, longueur 3 cent. $\frac{1}{2}$, prépuce un peu long, gland découvrable, testicules de la dimension d'une olive, méat et anus normaux, pas d'onanisme.

1886. — *Août: élixir polybromuré d'Yvon.*

1888. — *Juillet: Puberté.* Visage, tronc et membres glabres, une vingtaine de poils aux aisselles; touffe de poils assez abondante à la racine de la verge. Verge: longueur = 7 cent., circonférence 8 cent. Prépuce moyennement long; gland à moitié découvert, testicules égaux de la grosseur d'un œuf de pigeon. Bourses pendantes, anus bien conformé

1889. — *Juin: Étant chez ses parents, il a été pris d'une crise, tandis qu'il tenait une lampe à essence: il s'est fait plusieurs brûlures: 1° à*

la face postérieure des deux jambes; 2° à la face postérieure de la cuisse gauche.

Juillet: Puberté: Moustache à peine indiquée; quelques poils en avant des oreilles et quelques poils sous le menton; bouquet de poils sur la joue droite, quelques poils sous les aisselles, poils abondants au pubis et aux aines. Verge: longueur = 85 millim., circonférence = 82 millim. gland à demi découvert et facilement découvrable. Bourses pendantes, testicules égaux de la grosseur d'un œuf de pigeon, quelques poils au périnée, anus normal.

1890. — (juin) *Etat actuel.* Teint coloré, adipeuse assez abondante, air de santé générale; sur la peau, une cicatrice au cou et à gauche; larges cicatrices à la partie postérieure de la cuisse et du mollet droit: pas de ganglions hypertrophiés. — Cheveux châains foncés, implantés régulièrement; légère déviation à droite du tourbillon postérieur; tête arrondie paraissant symétrique, présentant une saillie assez accentuée au niveau de la portion écailleuse de l'occipital; pas de persistance des fontanelles.

	1888	1889	1890
Circonf. horizontal maxima .	54,5	55	55,5
Demi-circonf. bi-auriculaire . .	35,5	36,1	35
Distance de la protub. occip.	—	—	—
Externe à la racine du nez . .	36	36	36
Diam. antéro-postérieur max.	18,1	18,5	13,7
— bi-auricul	13	12,2	12,7
— bi-pariétal	14,6	14,6	14,8

La face est ovale; les arcades sourcillières égales et symétriques; les fentes palpébrales sont inégales, la droite visiblement plus petite que la gauche. Les yeux sont enfoncés dans leur orbite: pas de strabisme, ni de paralysie oculaire, ni de nystagmus; à la palpation le globe de l'œil est plus petit que le gauche. L'iris est bleu, les pupilles sont égales et réagissent parfaitement: pas de diplopie, ni de polyopie; pas de daltonisme, ni de rétrécissement du champ visuel. Nez pyramidal, droit, dont l'aile gauche est plus volumineuse que la droite; narines égales regardant en bas et en arrière. Odorat normal et égal des deux côtés. Pommettes peu saillantes, symétriques, sans inégalité appréciable; sillon naso-labial médian dévié à gauche; lèvres non symétriques, la partie gauche étant plus large et plus épaisse et la commissure gauche plus élevée qu'à la droite. Langue longue et large non déviée. Dents bien rangées; palais sensiblement moins ogival à droite qu'à gauche; voile du palais normal; amygdales égales non hypertrophiées. Goût normal. Menton irrégulier, asymétrique, plus petit du côté droit. Oreilles placées symétriquement, bien conformées, la droite manifestement plus petite que la gauche. Cou: circonfér. = 39°. Pas d'hypertrophie du corps thyroïde; larynx normal, voix

légèrement voilée. Thorax bien conformé, masse musculaire moins volumineuse à droite qu'à gauche surtout à la région du grand pectoral. Respiration circulation et digestion, signes d'un bon fonctionnement.

Membres supérieurs. — Le membre gauche est bien musclé, bien conformé. Le membre droit, à l'inspection, est beaucoup moins développé que le gauche : les deux clavicules paraissent égales, la masse deltoïdienne contracturée à droite est plus petite qu'à gauche. Du côté droit le bras et l'avant-bras ont subi un appréciable arrêt de développement. La main droite déviée suivant le bord cubital est plus petite que la gauche ; les doigts en sont plus fluets ; les ongles n'atteignent que l'extrémité des doigts tandis qu'ils les dépassent à gauche. Les mouvements du bras gauche sont normaux. A l'épaule droite craquements multiples dans les mouvements de circumduction ; au coude, contracture disparaissant après un mouvement d'extension provoqué, craquement léger en passant de l'extension à l'extension forcée. Contracture modérée des fléchisseurs de la main dont l'extension n'est pas complète dans les mouvements volontaires : les doigts sont en extension forcée, à l'exception du pouce qui a une tendance à s'opposer aux autres doigts. La préhension est difficile et se fait surtout entre le pouce et les deux premiers doigts.

	1890			
	Juin		Novembre	
	D	G	D	G
Circonf. au niveau de l'aisselle.	27	31	27	31
Circonf. à 10 cent. au-dessus de l'olécrâne.	22	25	22,5	25
Circonf. à 10 cent. au dessous de l'olécrâne	22,5	25	23	26
Circonf. au niveau du poignet .	15,5	17	15 3/4	17
Circonf. au niveau du métac. .	18,5	21	19	21
Dist. de l'acromion à l'olécrâne.	31	31	31	31
Dist. de l'olécrâne à l'apophy. du cubitus.	23	24	23	24
Dist. du cubitus à l'extrém. du médius.	13	16	14	16 1/2

Membres inférieurs. — Le gauche est normal. Le droit paraît, dans toutes ses parties, un peu moins volumineux que le gauche. L'articulation coxo-fémoral, ne présente pas de craquement mais une légère raideur ; dans l'articulation du genou, nombreux craquements et légère contracture ; dans l'articulation tibio-tarsienne, les mouvements sont possibles en tous sens, une contracture des muscles du mollet met le pied dans la situation du pied équin. Le malade se tient bien en équilibre sur les deux jambes séparément ; sur la droite il semble un peu plus faible.

	1890			
	Juin		Novembre	
	D.	G.	D.	G.
Circonf. au niveau de l'aîne	49	49	49	49
— à 10 c. m. au-dessus de la rotule	33	34	33 1/2	35
Circ. à 10 c. m. au-dessous	31	34	32	34 1/2
— au niveau du cou de pied.	19,5	21	20,5	23
— à la parte moyenne du pied.	54	25	24,5	25
Distance de l'épine iliaque antérieure à l'interligne arti. du genou	42	42	42	42
Distance de cet interligne à la malléole ext.	36	36	36	36
Dist. de la malléole ext. à l'extrémité de l'orteil médian	18	18,5	18,5	19

Puberté. — Quelques poils longs mais peu nombreux formant favoris s'étendent sur les joues, diminuant de longueur et de nombre en approchant du menton. Moustache naissante. Thorax glabre, quelques poils follets à la partie postérieure du tronc; quelques poils longs sous les aisselles; poils très épais noirs et longs aux aines: quelques poils à l'anus et au périnée. Bourses pendantes, testicules égaux et de la grosseur d'un œuf de pigeon. Verge, longueur = 7 cent., circonférence = 6 cent., gland découvert, prépuce court. Anus bien conformé.

Juillet. — Traitement par le massage des jointures du côté paralysé.

Novembre. — La contracture de l'épaule droite n'a pas changé: les craquements ont disparu à cette articulation ainsi qu'au coude. Le poignet est moins fléchi qu'en juin; le pouce n'est plus en opposition avec les autres doigts. On ne saurait dire si la préhension est devenue plus facile. Le malade prétend cependant mieux se servir de sa main. Au membre inférieur on ne constate plus aucun craquement: le talon du pied droit repose à terre, dans la station debout, dans une bonne attitude; mais, pour ce faire, le malade place le pied droit un peu en arrière du gauche: l'attitude équine est en somme moins marquée.

	1888	1889	1890
Poids	47 k. 300	49 k. 900	50 k.
Taille	1 m. 45	1 m. 46	1 m. 47
	D. G.	D. G.	D. G.
Force dynamométrique.	41 31	42 33	43 37

Tableau des accès

	1887		1888		1889		1890	
	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges
Janvier	2	»	2	»	3	»	5	1
Février	9	»	3	»	5	»	6	»
Mars	3	2	4	»	1	»	»	8
Avril	2	»	2	»	8	»	15	»
Mai	6	»	2	5	5	»	9	5
Juin	»	»	2	»	4	4	6	2
Juillet	»	»	5	»	»	»	5	»
Août	»	»	6	»	16	»	3	»
Septembre	5	2	7	2	6	»	3	»
Octobre	4	»	4	»	1	»	7	»
Novembre	3	»	3	»	10	»	6	»
Décembre	3	5	4	»	7	»	»	»
Totaux	37	9	47	7	67	4	80	8

Mig... est peu intelligent : il est cependant parvenu à apprendre à lire et écrire passablement : il est nonchalant et aime peu le travail.

Décembre. — Il quitte le service de M. Bourneville, pour passer dans un service d'adultes.

OBSERVATION IV

SOMMAIRE. — *Père, strumes dans l'enfance ; mère, excès de boisson, voleuse, sœur convulsions dans l'enfance. — Convulsions dans les 3 premières années, épilepsie à 14 ans. — Contracture, mouvements athétosiques et mouvements associés :*

Bert..., né en 1872, entré à l'hospice de Bicêtre en 1887.

Antécédents héréditaires (Renseignements fournis par sa belle-mère) : Père, 47 ans, mécanicien, bien portant, très sobre, aurait eu dans le jeune âge des abcès au cou, jamais de migraines ni de maladie nerveuse. [*Père, tisserand, sobre, mort à 74 ans. — Mère, sans accidents nerveux, morte à 70 ans. — Pas de détails sur les grands parents paternels et maternels non plus que sur les oncles et les tantes. — Deux frères, l'un mort à 30 ans de tuberculose pulmonaire, l'autre bien portant. — Pas de paralytiques, pas de difformes dans la famille, peut-être le suicide d'un parent qui se serait noyé.*] — *Mère, bonne conduite dans son enfance et sa jeunesse : mariée à 21 ans avec le père de notre malade, séparée de lui par divorce à cause de ses fréquents excès de boisson et de ses habitudes de vol : pas de renseignements sur sa santé, on ne sait si elle a jamais eu d'accidents nerveux. Pas de détails sur ses parents.*] — Pas de consanguinité.

8 enfants : 1^o garçon, mort en nourrice on ne sait de quoi ; 2^o garçon mort à l'âge de 6 mois on ne sait de quoi ; 3^o garçon bien portant, sans convulsions dans l'enfance ; 4^o fille morte à 6 mois ; 5^o fille, 21 ans, domestique, bien portante et intelligente, fortes convulsions dans l'enfance ; 7^o et 8^o deux filles mortes de *méningite* à un an.

Notre malade. — Pas de renseignements, ni sur la conception ni sur la grossesse. — L'accouchement aurait été bon. Pas de détails sur la naissance. Elevé en nourrice au lait de vache, il en a été repris à l'âge de 3 ans par les parents qui ont alors appris qu'il avait eu des convulsions, sur la date, la durée et le caractère desquelles les renseignements font défaut ; la nourrice les avait dissimulées. Il était à ce moment « estropié » et au lieu de parler poussait de petits cris rauques. Il aurait marché vers 4 ou 5 ans, et parlé après ce temps. Propre vers la même époque et envoyé à l'école il apprenait assez bien.

En mai 1886, il éprouva une grande frayeur en faisant une chute dans une cave de sa maison ; quoique n'ayant pas perdu connaissance il serait resté étourdi pendant un certain temps. Renvoyé à l'école trois ou quatre jours après il se portait bien, lorsque vers la fin de juin 1887, quelques semaines après l'accident il fut pris d'un [premier accès d'épilepsie, d'un second 15 jours plus tard et jusqu'en août

« d'étourdissements » ou d'accès trois fois par semaine. Il tombait sans avertir, sans pousser de cri : les membres devenaient rigides mais davantage ceux du côté malade et le bras plus que la jambe. Secousses cloniques commençant et finissant toujours par le côté gauche, générales mais toujours plus fortes du côté paralysé. Parfois, ronflement, bave peu abondante, pas d'écume ni morsure de la langue, miction involontaire presque chaque fois. En revenant à lui il riait niaisement en regardant les personnes de son entourage ; pas de folie avant ou après l'accès. Il prétend que l'accès s'annonce par un frémissement de la main gauche et des picotements dans le bras.

Conduit à la consultation de l'hôpital des Enfants malades, il fut traité au bromure de potassium. Les accès ont néanmoins continué et en 1886, le directeur de l'école qu'il fréquentait, l'ayant renvoyé à cause de ses accès, il entra à l'asile clinique de Sainte-Anne.

1887. — Etat actuel (Septembre) : teint pâle, adispose moyenne, air de santé générale. Cheveux noirs bien implantés, légère déviation à droite du tourbillon postérieur. Tête volumineuse de forme arrondie, paraissant asymétrique ; bosses pariétales saillantes, front moyen.

	1887	1888	1889	1890
Circonf. horiz. maxima.	52 1/2	53 1/2	53 1/2	54 1/2
1/2 cir. bi-auriculaire. .	34	36 1/2	36	36
Distance de protube occipitale externe à la racine du nez. . . .	30 3/4	33	37	36
Diam. autero-postemax.				
— bi-auriculaire. .	11,7	12,8	12,3	13
— bi-pariétal. . .	15,3	15,3	15,4	15 1/2

Face arrondie, asymétrique, irrégulière, manifestement arrêtée dans son développement du côté gauche. Sourcil droit plus élevé que le gauche ; arcades sourcilières égales ; fente palpébrales gauche placée plus bas que la droite. Pas de paralysie oculaire, pas de strabisme, ni de nystagmus. Iris brun, pupilles égales et réagissant bien ; acuité visuelle bonne, pas de diplopie, ni de poliopie, ni de rétrécissement du champ visuel ; nez large à la base, à lobule un peu retroussé ; l'aile gauche est un peu plus mince que la droite. Odorat normal des deux côtés. Pommettes peu saillantes ; joue gauche moins épaisse que l'autre ; sillon naso-labial normal. Lèvres minces symétriques : orifice buccal et goût normaux, langue bien conformée, non déviée : dentition bonne ; palais bien constitué ; menton asymétrique. Oreilles écartées en arrière, mais égales et régulières.

Cou large, peu élevé ; corps thyroïde non hypertrophié. — Thorax étroit à la base : rachis droit normal. Fonctions circulatoire, respiratoire et digestive bonnes. Sensibilité générale normale.

Puberté : Visage, tronc et membre glabres; rares poils sous les aisselles. Poils abondants et noirs à la racine de la verge et des bourses, se continuant dans les aines; quelques poils bruns sur l'abdomen et les bourses. Verge : longueur 9 centimètres, circonférence 8 centimètres, gland découvrable, bourses pendantes, testicules égaux de la grosseur d'un œuf de pigeon. Anus bien conformé.

Membres supérieurs : Le droit bien musclé, le gauche manifestement plus grêle que le droit. Contracture des muscles de l'avant-bras; main fléchie et en pronation, doigts fléchis dans la paume de la main, pouce en opposition forcée. Mouvements volontaires très difficiles : mouvements athétosiques des doigts.

	1888		1889		1890	
	D	G	D	G	D	G
Circ. au niveau de l'aisselle.	23,5	24	30	29,5	26	27
Circ. à 10 cent. au-dessus de l'olécrâne	23	21	25	22	24	22
Circ. à 10 cent. au-dessous	23,5	20	24	21,5	25	22
Circ. au niveau du poignet.	17,5	16	16	16	17	17
— du métacarpe.	21 1/2	23	23	19,5	22	22
Dist. de l'acromion à l'olécrâne	32	31	36	33	32	31
Dist. de l'olécrâne à l'apophyse du cubitus.	26	22,5	56	23	25	25
Dist. de l'apophyse du cubitus à l'extrém. du médus.	17,5	18,5	18	16	20	18

Membres inférieurs. — Le droit est bien conformé, contracture légère dans le membre gauche; arrêt de développement très appréciable à la vue. L'enfant traîne la jambe gauche en marchant; le membre de ce côté est plus froid que celui de l'autre côté.

	1888		1889		1890	
	D	G	D	G	D	G
Circ. au niveau de l'aîne.	47	45	49	46	50	45
Circ. à 10 cent. au-dessus de la rotule.	37	35,5	39	35	41	40
Circ. à 10 cent. au-dessous de la rotule	31	29,5	32	30	31	30
Circ. au niveau du cou de pied.	19,5	19	28	23	20 1/2	20
Circ. à la partie moy. du pied.	22	23,5	23	24	24	24
Dist. de l'épine iliaque antér. et sup. à l'interligne art. du genou	46	46	43	43	45	42
Dist. de cet interligne à la malléole externe.	38,5	37,5	42	42	45	42
Dist. de la malléole externe à l'ext. de l'orteil médian.	20	17,5	21	20	21	20

1888. — Janvier : *Puberté*. — Très fine moustache; pas de poil au

menton ni aux joues; une quinzaine de poils sous l'aisselle droite; rien sous l'aisselle gauche. Poils noirs assez abondants à la partie supérieure du pénil. Bourses pendantes plus à gauche qu'à droite. Testicule droit un peu plus gros que le gauche et du volume d'un œuf de pigeon. Verge: Longueur 9 centimètres, circonférence 95 millimètres. Gland en partie découvert et découvrable; méat normal; quelques poils rares au périnée et à l'anus. — Mars: zona intercostal droit.

1889. — *Puberté*: Poils noirs très courts sur la lèvre supérieure; quelques poils sur les parties latérales du menton; favoris très marqués de chaque côté. Poils abondants sur les membres et le tronc mais peu nombreux sous les aisselles. Nombreux poils noirs au pénil, qui envahissent les aines et la ligne blanche. Verge, longueur = 10 c., circonf. = 9 c.; gland facilement découvrable, méat normal; bourses peu pendantes, peu de poils au périnée et à l'anus. Anus normal. — Juillet: cinq accès consécutifs. — Août: cinq accès dans la même journée; parfois accès de colère, mais pas de folie après les accès.

1890. — Janvier: sujet à des accès de colère dans lesquels il casse et brise ce qui lui tombe sous la main: traitement: élixir polybromuré.

Puberté. — Collier de barbe depuis une tempe à l'autre passant par dessous le menton; mouche très légère, moustache naissante; quelques poils au creux thoracique, à l'abdomen; poils follets à la région dorsale; poils follets plus long sur les membres gauches que sur les membres droits. Poils nombreux et longs aux aines. Verge, longueur 40 cm. circonférence 95 mm. gland découvert, bourses peu pendantes; testicules très gros, égaux entre eux; anus bien conformé et garni de quelques poils.

Juillet. — *Examen des articulations des membres paralysés*. Raideur et petits craquements à l'occasion de mouvements provoqués, dans l'articulation de l'épaule; au coude pas de craquements, raideur; au poignet nombreux petits craquements, raideur très prononcée.

Le bras est placé dans l'extension avec une très légère flexion de l'avant-bras. Dans la main mouvements athétosiques prononcés; le malade a beaucoup de peine à prendre un objet sur une table; il écarte alors les doigts plus qu'il ne convient et après différents efforts finit par s'en saisir et le tenir très serré. Au membre inférieur pas de tendance à l'adduction. Hanche, pas de craquements; mouvements du genou libre sans craquements, avec une très légère raideur. Le gros orteil est relevé sur le pied. Le malade se tient bien sur la jambe droite seule et assez longtemps; mais sur la gauche, l'équilibre est instable et ne dure que quelques secondes. Au début de la marche les orteils se fléchissent et se cramponnent. En général lorsqu'on lui fait saisir un objet avec la main, on observe des mouvements athétosiques

modérés mais indubitables dans les orteils. Réflexes normaux.

Traité par le massage articulaire des jointures paralysées.

Novembre. — Bertr... qui a été massé régulièrement se présente à nous sans aucune espèce d'amélioration.

	1890					
	Janvier		Juillet		Novembre	
Poids.	47 k. 700		48 k. 900		49	
Taille.	1 m. 55		1 m. 56			
	D G		D G		D G	
Dynamomètre.	45 6		45 8		45 7	

Décembre 1890. — Bertra... quitte le service des enfants pour passer dans un service d'adultes.

Tableau des accès

	1887		1888		1889		1890	
	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges	Accès	Vertiges
Janvier	»	»	14	2	2	»	2	»
Février	»	»	8	3	11	»	1	»
Mars	»	»	8	5	3	»	8	»
Avril	»	»	9	12	6	1	8	»
Mai	»	»	7	7	8	»	»	12
Juin	»	»	11	»	3	»	8	2
Juillet	»	»	6	2	11	»	7	1
Août	7	»	9	7	6	»	7	»
Septembre	13	»	11	»	1	»	4	»
Octobre	7	»	9	2	5	»	3	»
Novembre	10	10	2	1	»	2	»	2
Décembre	11	»	10	1	2	»	»	»
Totaux	50	2	109	41	61	1	63	3

Nous avons cru utile de résumer, dans les tableaux suivants, les principales particularités des observations des malades dont M. Bourneville a rapporté l'histoire, d'abord dans l'Icönographie puis dans la thèse de son élève Wuillamier, et enfin de ceux qui sont présents dans son service.

NOMS des malades	Age	Sexes	Principaux antécédents héréditaires	Étiologie	Époque, siège et forme des convulsions primitives	Para- lysie	Contracture athétose Mouvements athétosiques	Degré de débilité intellectuelle	Epilepsie époque de son apparition
Azemb...	13 ans	garçon	Tante léthargique (?) sœur morte de convulsions	Chute sur la tête à 3 ans 1/2	3 ans 1/2 générales mais avec prédominance du côté droit.	droite	Contracture	Arrière-formation intellectuelle	A 6 ans séries d'accès
Bar... (thèse de M. Vuillamier)	16 ans demi	garçon	Pas d'antécédents nerveux	Chute sur la tête à 2 ans.	Douze jours après la chute, préd. à gauche.	gauche	Contracture	Arrière-formation intellectuelle	2 mois après les convulsions primitives.
Baro...	19 ans	garçon	Antécédents alcooliques et nerveux : sœur : convulsion à droite	Rougeole à 2 ans (?) fièvre cérébrale ?	Ses parents affirment qu'il n'a jamais eu de convulsions	droite	Contracture légère	Arrière-formation intellectuelle	Néant
Bertr... M. Bourneville	19 ans	garçon	Antécéd. alcooliques, frères convulsifs	Pas de renseignements	Pas de renseignements.	gauche	Fort contract. mouv. athétos. et associés.	Arrière-formation intellectuelle	A 14 ans
Bois... M. Bourneville	19 ans	garçon	Sœur épileptique que frère convulsions dans l'enfance	Asphyxie à la naissance	A 7 mois, prédominantes à gauche.	gauche	Contracture légère	Air intelligent	A 8 ans
Bonn... M. Bourneville	12 ans	garçon	Parents peu intellig., quel. antécédents nerveux.	Pas de cause connue	A 9 mois, par-tielles.	gauche	Contracture	Arrière-formation intellectuelle	Néant

Bord... M. Bourneville	12 ans	garçon	Mère nerveuse oncle convul- sions sœur convulsions	Frayer de l'enfant	Etat de mal : convulsions partielles à 4 mois	gauche	Contracture	Imbécillité	1 ^{er} accès à 4 mois 1/2
Bout... M. Bourneville	16 ans	garçon	Antécéd. al- cooliques mère lypothy- mique	Colère violente et chagrin pen- sant la gros- sesse	Convulsions partielles à 6 mois	droite	Contracture peu apprécia- ble	Intelligence relative	Néant
Brun... M. Bourneville	20 ans	garçon	Père alcool- ique, oncle paralytique général; mère hystérique	Causes inconnues	A 8 ans con- vulsions gé- nérales	droite	Athétose	Imbécillité	Néant
But... M. Bourneville	18 ans	garçon	Alcoolisme ; père convulsif dans la famille, folie	Pas de rensei- gnements	Pas de rensei- gnements	gauche	Athétose	Arriération in- tellectuelle	Néant
Cab... (thèse Wuil- lamier)	12 ans	garçon	Mère hystéri- que; cousines; convulsions; sœur convul- sions	Asphyxie à la naissance	Convulsions à 7 mois prédo- minant à droite	droite fort amélio- rée.	Pas de con- tracture ni athétose	Mobilité men- tale	A 7 mois 1/2
Cam... M. Bourneville	18 ans	garçon	Alcoolisme et hystérie — mère boiteuse et grand- père mater- nel imbécile	Chute et fra- yeur à 3 ans	Deux heures après la chute convulsions internes	droite	Contracture et mouvements athétosiques	Imbécillité	A 5 ans

NOMS des malades	Age	Sexes	Principaux antécédents héréditaires	Étiologie	Époque, siège et forme des convulsions primitives	Para- lysie	Contracture athétose Mouvements athétosiques	Degré de débilité intellectuelle	Épilepsie époque de son apparition
Cha ... M. Bourneville	16 ans	garçon	Antécéd. : hystérie paralytie idiotie	Chute pendant la grossesse	A 8 mois ; re- nouvelées à 18 mois, par- tielles	droite	Contracture et mouvements athétosiques	Idiotie	Un seul accès d'épilepsie à 10 ans
Dalex M. Bourneville	16 ans	garçon	Parents para- lytiques, ner- veux : folie religieuse ; un enfant mort en convul- sions dans la famille	Idées noires ; pendant la grossesse	Pas de convul- sions, cris pen- dant toute une nuit à 6 mois	droite	Contractures	Arriération in- tellectuelle	Depuis 8 ans vertiges et accès
Dart... (thèse de M. Wullamier)	12 ans	garçon	Grand-père ra- mollement, mère strabi- que ; frère épileptique ; un autre a eu des convul- sions dans l'enfance		15 mois	gauche	Contracture	idem	Vertiges à 2 ans et demi, ac- cès à 7 ans.
Done... (thèse de M. Wullamier)	17 ans	garçon	Père excès de boisson cou- sin épilept., un autre arriéré et bête, tante	Asphyxie à la naissance	Premier état du mal à 5 ans Prédominance des convul- sions à droite	droite	Contracture pas d'athétose	Arriération in- tellectuelle	Accès à partir de 13 ans et demi.

Duf...	16 ans	garçon	idiot, frère et sœur : convulsions	Fièvre typh. à 5 ans	Pendant la fièvre typhoïde	gauche	NI contracture ni athétose	idem	6 ans
M. Bourneville Serge...	21 ans	garçon	Père, excès de boisson, attaques de nerfs	Asphyxie à la naissance	A 1 mois	gauche congénitale	Contractures et mouvements athétosiques	idem	9 ans
M. Bourneville Garn. (thèse de M. Wullamier)	16 ans	filie	Antécéd. alcooliques et tuberculeux	Pas de cause connue	Convulsions à 2 ans 1/2	paral. survenue progressiv.	Contractures	idem	7 ans vertiges et accès
Geoff...	18 ans	garçon	Tante épileptique	Pas de cause connue	A 43 mois litiées au côté droit	droite	Contractures	idem	Pas de renseignements, la dat. du 1 ^{er} acc. En 1887 à l'hospice
M. Bourneville Goub...	16 ans	filie	Grand père asthmatique, grand' mère maternelle hémiplégique	Emotion et coups au 8 ^e mois de la grossesse	Convulsions dans une rougeoie postérieurement à l'établ. de la paralysie.	paralytic congénitale droite	Contractures	Idiotie	Néant
M. Bourneville Grémil	7 ans	filie	Mère, convulsions de l'enfance et débilité intellectuelle devenue paralytique Un oncle a eu dix enfants morts de convulsions	Accouchement pénible (?)	A 10 mois puis par série jusqu'à 3 ans.	gauche	idem	Imbécillité	Néant

NOMS des malades	Age	Sexes	Principaux antécédents héréditaires	Étiologie	Époque, siège et forme des convulsions primitives	Para- lysie	Contracture athétose Mouvements athétosiques	Degré de débilité intellectuelle	Épilepsie époque de son apparition
Jac... M. Bourneville	47 ans	filie	Antécéd. alcooliques et saturnins phthisie	Pas de cause connue	2 ans 1/2	gauche	Athétose	Imbécillité	A 12 ans
Laver... M. Bourneville	7 ans	filie	Père alcoolique, parents phthisiques, cousin et oncle morts de convulsions.	Fèvre typhoïde.	Convulsions à 2 ans à la suite de la fièvre infectieuse.	gauche	Contracture	Imbécillité.	Néant.
Lefè... M. Bourneville	17 ans	garçon	Père alcoolique, mère nerveuse.	Cause inconnue.	A 5 mois, prédominantes à droite.	droite	Contracture	Imbécillité.	Néant.
Letal... M. Bourneville	18 ans	garçon	Mère nerveuse, oncle aliéné.	Méningite (?)	2 ans 1/2 générales prédominantes à droite.	droite ; aphasie paralytique au début	Pas de contracture ni d'athétose.	Arriération intellectuelle.	A 3 ans accès.
Lucron M. Bourneville	47 ans	garçon	Antécédents alcooliques, convulsifs, paralytiques.	Peur de la mère à 3 mois de gestation.	3 heures après la naissance prédominantes à gauche.	gauche	Contracturo.	Idiotie.	9 ans.

Kle...	10 ans	garçon	Antécédents alcooliques. Parent hémiplegique. Autéc. tuberc.	Peur de la mère pendant la grossesse. Asphyxie lé- gère à la nais- sance.	21 ^e mois, par- tielles.	droite	Contracture.	Arriération intellectuelle	Épilepsie qui s'établit pro- gressivement à partir des pre- mières convul- sions.
M. Bourneville	19 ans	garçon	Tante choréi- que.	Cause incon- nue.	A 3 mois par- tielles.	gauche	Contracture.	Idiotie.	Épilepsie
Miel...	18 ans	garçon	Père syphiliti- que.	Forceps et as- phyxie.	A 10 mois gen. prédominant à droite.	droite probab. congé- nitale	Contracture.	Arrière, bonne mé- moire.	Épilepsie à 3 ans ; n'a plus d'accès actuel- lement.
Mige...	21 ans	garçon	Antécédents alcooliques.	Asphyxie à la naissance.	3 ans 1/2 limi- tées à droite.	droite	Contracture.	Arriération intellectuelle.	Épilepsie à 8 ans.
Mitt...	17 ans.	garçon	Autéc. alcoo- liques, tante et oncle hys- teriques.	Chute de l'en- fant à l'âge de 8 mois.	Convulsions à 8 mois gén. prédomin. à gauche.	gauche	Contracture.	Arrière.	Épilepsie à 2 a.
Nig...	13 ans.		Pas de rense- ignements.	Asphyxie à la naissance croup à 7 mois et demi.	Convulsions à 7 mois 1/2	gauche	Contracture	Intelligence relative.	
Pet., (Thèse Wulla- mier).	22 ans.	filie	Père excès de bois., mort paralys. Mère légèrement ner- veuse.	Causes incon- nues.	5 ans générales prédominantes à gauche.	gauche	Hémichorée.		

NOMS des malades	Age	Sexes	Principaux antécédents héréditaires	Étiologie	Époque, siège et forme des convulsions primitives	Para- lytic	Contracture athétose Mouvements athétosiques	Degré de débilité intellectuelle	Épilepsie époque de son apparition
Pinc... M. Bourneville	18 ans.	garçon	Antécéd. alcooliques et tuberculeux.	Causes inconnues	A 10 mois générales avec prédominance à droite.	droite	Contracture.	Arriération intellectuelle.	1 ^{er} accès à 14 a.
Pin... M. Bourneville	21 ans.	garçon	Antécéd. tuberculeux et alcooliques.	Peur de l'enfant pendant la guerre.	A 9 mois convulsions intermittentes.	droite	Contracture.	Idiotie.	1 ^{er} accès à 8 a.
Pins... M. Bourneville	22 ans.	garçon	Antécéd. tuberculeux et nerveux. Frère et sœur convulsifs.	Asphyxie à la naissance.	A 6 mois générales, prédomin. à droite.	droite	Contracture et mouvements athétosiques.	Imbécile.	1 ^{er} accès à 4 ans
Plo... M. Bourneville	17 ans.	garçon	Père alcoolique, sœur morte de convulsions.	Asphyxie à la naissance.	A 7 mois générales, mais prédomin. à droite.	droite	Contracture et mouvements athétosiques	Arriération intellectuelle.	1 ^{er} accès à 7 ans
Reg... (Thèse Wulliamier).	11 ans.	garçon	Père suicidé. Grand' mère hystérique, hémiplegique. Sœur convulsif dans l'enf.	Asphyxie à la naissance.	A 3 jours partielles.	droite	Contracture.	Arriéré	à 7 ans.
Riss... M. Bourneville	17 ans.	garçon	Antécédents nerveux	Asphyxie à la naissance	A 14 mois générales, prédominant, à droite.	droite	Très légère contracture	Idiotie	Pas d'épilepsie

Riv...	22 ans, garçon.	Antécédents	Chute dans le dernier mois de la grossesse.	Dans la 1 ^{re} année générale mais prédominante à gauche.	Contracture	Intelligence relative	Néant
M. Bourneville		alcooliques et tuberculeux; tante arriérée, frère convul.					
Salli...	17 ans, garçon.	Mère hystérique, consanguinité des parents	Vive émotion au 7 ^e mois de la grossesse.	A 2 ans générales prédominantes à droite.	Contracture	Arrièrement intellectuelle	Epilepsie faisant suite immédiate aux convuls. prim.
M. Bourneville							
Sill...	23 ans, garçon.	Antécédents alcooliques et nerveux	Asphyxie à la naissance	A 2 ou 3 mois générales	Contracture	Intelligence relative	Néant
M. Bourneville							
Spor...	18 ans, garçon.	Père alcoolique. Un oncle mort de convulsions en bas âge.	Asphyxie à la naissance; scarlatine à 7 ans.	A 2 ans non suivies de paralysie; à 7 ans suivies d'hémiplégie.	Contracture et mouvements athétosiques.	Arrièrement intellectuelle.	Néant
M. Bourneville							
Tourn. (thèse de M. W uillamier)	13 ans, garçon.	Antécédents alcooliques	Cause inconnue	Convulsions à 6 mois		Idiotie	Mort en état de mal
Zim... (thèse de M. W uillamier)	13 ans et demi.	Mère nerveuse, frère mort de convulsions; grand'tante alcoolique	Cause inconnue	Etat de mal convulsif à 4 an. Prédominance des secousses à gauche.	Contracture et mouvements athétosiques.	Imbécillité	Néant
B.... Iconographie de la Salpêtrière.	51 ans, fille.	Pas de renseignements.	Pas de renseignements.				A 12 ans

NOMS des malades	Age	Sexes	Principaux antécédents héréditaires	Étiologie	Époque, siège et forme des convulsions primaires	Para- lysie	Contracture atétose Mouvements atétosiques	Degré de déliré intellectuelle	Épilogie époque de son apparition
Les... (Iconographie de la Salpé- trière).	42 ans.	fille.	—	—	A 17 mois pré- domin. à gau- che.	gauche	Contracture. Arthrite sèche douloureuse.	Arriération in- tellectuelle.	A 42 ans.
Lucet... (Iconographie de la Salpé- trière).	48 ans.	fille.	—	Bain pendant une fièvre à 7 ans.	Convulsions à 7 ans.	gauche	Contractures.	Arriération in- tellectuelle.	En 1851 après une peur.
Lira... (Iconographie de la Salpé- trière)	12 ans.	fille.	Sœur choréi- que, cousine paralysée dès l'enfance.	Emotion au 6 ^e mois de la grossesse.	A 8 mois.	gauche	Althéose.	Arriération in- tellectuelle.	A 8 mois, épi- lepsie partielle
St... (Iconographie de la Salpé- trière).	14 ans.	fille.	Parents névro- pathes et épi- leptiques.	—	A 3 ans.	droite	Contracture.	Arriération in- tellectuelle.	
Til... (Iconographie de la Salpé- trière).	16 ans.	fille.	—	—	Convulsions internes.	droite	—		A 16 mois.
Mul... (Iconographie de la Salpé- trière).	33 ans.	fille.	—	—	A 4 ans.	gauche			1 ^{er} accès à 14a.

CONCLUSION.

Ce travail doit être regardé comme le complément de la thèse de M. Wuillamier écrite sur le même sujet et sous la direction du même maître. Nous avons construit une description de l'hémiplégie spasmodique infantile en collectionnant les faits d'un grand nombre d'observations. Nous y avons ajouté le résultat de nos expériences de massage articulaire sur quatre des enfants soumis à ce traitement.

Nous concluons à ce sujet : 1° Le massage articulaire tout en amenant la disparition progressive de l'arthrite sèche et des douleurs en résultant quelquefois, diminue la contracture musculaire. 2° Dès le début de l'affection sitôt l'hémiplégie ou la parésie hémiplégique constatée on doit pratiquer le massage articulaire : les contractures, si elles surviennent seront à coup sûr moins fortes et peut-être, chose que nous n'avons pas constatée chez nos malades qui sont à une période avancée de l'affection, activeront la nutrition du côté du corps arrêté dans son développement.

Vu : *Le Doyen de la Faculté,*
BROUARDEL.

Accepté : *Le Président de la Thèse,*
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

